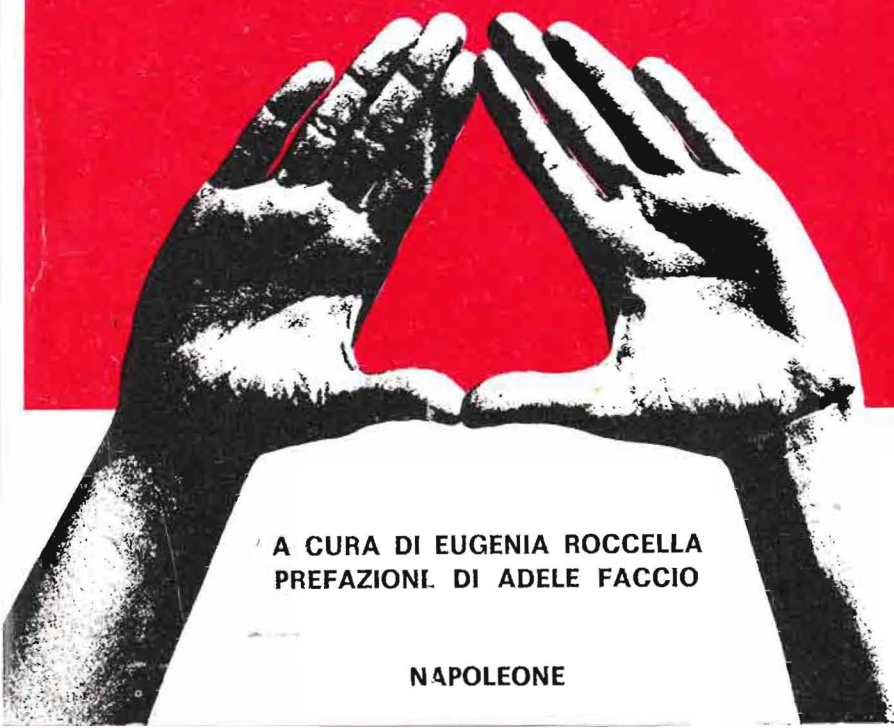
ABORTO FACCIAMOLO DA NOI

UNA PROPOSTA DI LOTTA PER L'ABORTO LIBERO E GRATUITO IN STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E UN TRATTAMENTO ALTERNATIVO PER LE DONNE

A CURA DI EUGENIA ROCCELLA
PREFAZIONI DI ADELE FACCIO

NAPOLEONE

C. I. S. A. - M. L. D.

ABORTO

Facciamolo da noi

a cura di Eugenia Roccella

prefazione di Adele Faccio

casa editrice roberto napoleone

Prima edizione: Giugno 1975

© 1975 Copyright by

Casa Editrice Roberto Napoleone s.r.l.

00195 ROMA - Via Chinotto, 16

QUESTO LIBRO E' DEDICATO:

A

Rosalba Morandi
Antonina Vitale
Petruzza Lo Prete
Elena Lauria
A tutte le donne morte per aborto clandestino
In memoria.

A

Paolo VI, Fanfani, la DC
A tutti coloro che sono contro l'aborto libero, gratuito, assistito
per l'aborto clandestino, di massa e di classe
magari in nome del "principio della vita"
perchè ci pensino su.

A

la sinistra italiana
i parlamentari, che non hanno fatto niente per cambiare le leggi fasciste sull'aborto
I politici che dicono che "ci sono cose più serie dell'aborto"
quelli che amano parlarne solo dal punto di vista filosofico-medico
quelli che vorrebbero non parlarne affatto
perchè si rendano conto della propria ottusità o malafede
e si affrettino a rimediare.

A

i medici
quelli che hanno aiutato il CISA
quelli che non vogliono essere confusi con gli speculatori dell'aborto clandestino
quelli disposti a rischiare con noi, a mettersi in discussione
perchè stiano dalla nostra parte.

A

le sorelle e i compagni
del MLD, del Partito Radicale, del CISA, della Lega 13 maggio, dell'Espresso,
dei comitati raccolta firme
a tutti coloro che hanno fatto e fanno qualcosa per l'aborto libero
ad Adele Faccio, Gianfranco Spadaccia, Giorgio Conciani
a tutti coloro che firmano e fanno firmare il referendum abrogativo del reato d'aborto,
per ringraziarli.

A

TUTTE LE DONNE
perchè prendano in mano il proprio destino e la propria lotta
perchè la sorellanza sia aiuto concreto tra donne per lottare insieme
per la liberazione nostra e di tutti.

E. R.

PREFAZIONE

di ADELE FACCIO

(Presidente del CISA e del MLD)

DUE PAROLE SUL MLD

Nel Movimento di Liberazione della Donna si concentrano le motivazioni e le pregiudiziali, le mete e gli obiettivi prossimi e remoti della nuova lotta contro il sistema padronale, capitalistico, patriarcale, che da sempre ci inchioda in quanto donne a un mito di femminilità che non va bene a nessuno, nè agli uomini nè alle donne.

Nemmeno agli uomini, infatti, va bene una donna perennemente inferma e minorata e dipendente, che non ragiona in proprio ed è sempre in attesa di ordini, umile, paziente e rassegnata; oppure una donna prepotente, castratrice e fagocitatrice che, con la protervia dello schiavo insofferente, prevarica sul padrone distratto, scocciato e frastornato.

E noi donne non ci riconosciamo nell'angelo del focolare paziente e rassegnato, non nella moglie castratrice che annienta il marito, non nella madre che distrugge i figli per eccesso di protezione e di mammismo, non nella femmina del peccato e non nella vergine santa, martire e perfetta. Senza libertà sessuale, senza libertà di gestione del proprio corpo non si può dare nessun tipo di libertà. Chi crede — perchè glielo hanno inculcato secoli di malcostume — che il sesso sia colpa e male, chi pensa — perchè non ha avuto mai possibilità di ripensamenti personali — che la libertà sia licenza colpevole e vergognosa, chi si immagina che dietro le proposizioni di libera maternità, di libera gestione del proprio corpo, di libera sessualità ci siano pesi di condizionamenti che creano alternative di controcondizionamento, lo fa perchè privo di quel minimo di autonomia sufficiente a permettergli di capire che la libertà

sessuale è la piattaforma per qualunque autentica libertà, perchè consente la piena autonomia emotiva e razionale, l'indipendenza di pensiero, l'autogestione della propria unità e completezza umana, l'armonia tra intima profondità e manifestazione epidermica emotiva e razionale. Come un fiume che si sgela, «l'altra metà del cielo» prende coscienza del suo ruolo di repressa, di sfruttata e di emarginata e si rifiuta di continuare ad accettare queste condizioni di vita così mistificanti e soprattutto di continuare ad accettarle per le generazioni future. Repressione sessuale e sfruttamento sono come due facce di una stessa medaglia, perchè l'incapacità di raggiungere l'autonomia della propria vita sessuale, della propria salute e della propria intimità, mette la donna nella condizione di non poter scegliere una vita autogestita.

Lo sfruttamento quindi si inasprisce nella condizione del lavoro che per la donna è sempre mistificante perchè non le permette mai di raggiungere una completa indipendenza materiale, base indispensabile per ogni indipendenza spirituale. E qui si inserisce il motivo della lotta di classe, dove il problema si fraziona per forza di cose, in quanto la donna proletaria subisce uno sfruttamento di gran lunga superiore a quello che subisce la donna borghese, che le era stata fin qui pari per tutte le altre condizioni limitative. Il MLD entra qui duramente nel cuore della lotta di classe e si collega a tutti quei gruppi che fanno della lotta di classe il centro delle loro rivendicazioni. Questo è il nucleo centrale della pressione capitalistica, che nella donna operaia, contadina, casalinga, sfrutta una forza-lavoro non remunerata che in più permette al capitalismo di non occuparsi dei problemi sociali, di non risolvere il problema delle strutture assistenziali e di rovesciare sulle solite spalle delle donne tutti i problemi dei bambini, dei vecchi, degli emarginati, dei disadattati, dei malati, risparmiandosi attrezzature igieniche, sanitarie, assistenziali, per miliardi e miliardi.

La condizione della donna in realtà non è stata ancora affrontata a fondo dalla analisi marxista, e noi come MLD rivendichiamo tutti quei valori «negativi» che ogni società scarica sulla donna distaccando in due momenti successivi l'unità umana tra ragione ed emozione, come se la ragione fosse privilegio maschile e l'emozione caratteristica tipicamente femminile, a tal punto che anche il livello culturale di filosofi, artisti e poeti è stato mistificato, elevando alle massime vette il razionale puro, arido e insensibile, e relegando al mondo umbratile ed emarginato dell'eterno femminino la duttilità, l'elasticità, la sensibilità in una parola. Lotta di classe e lotta femminista si affiancano in questo senso e vanno paritetiche verso la liberazione della donna dai ruoli tradizionali. La lotta femminista si congloba essenzialmente nel nucleo dell'emarginazione. La donna è socialmente emarginata in quanto costretta dalle carenze di strutture sociali a vivere nel ghetto della propria casa legata ai bambini senza possibilità di evasione, oppure nei luoghi di lavoro ricondotti a luoghi di discriminazione, perchè tutta la nostra cultura e la nostra educazione ci hanno insegnato ad essere diversi: i maschi di quà e le femmine di là, senza punti di contatto e di riferimento che non siano di collusione e di urto, o genitale o di interessi, e senza fusione armonica di affinità e di differenze costruttivamente elaborate per creare l'unità umana essenziale, ma solo sentimentalmente prevaricatorie o razionalmente repressive.

In nome di questa unità fondamentale della struttura umana che non deve diventare irreversibilmente settoriale, in nome di questa unità della libertà e della autogestione, invitiamo tutte le donne a riconoscersi e

a ritrovarsi nel Movimento di Liberazione della Donna.

Ecco perchè consideriamo la nostra battaglia per l'aborto come un momento di lotta inteso a restituire alla donna le possibilità di autogestione della sessualità, della sanità e quindi della maternità; il discorso sullo aborto è indissolubilmente legato a quello più ampio e più importante dell'uso e della conoscenza dei contraccettivi per l'autogestione di una libera maternità, e di una consapevole, libera sessualità.

Per raggiungere la prima espressione di autogestione della propria esistenza bisogna che la donna riesca a liberarsi della catena dei «ruoli». Nel mondo patriarcale tradizionale alla donna sono concessi solo tre modi di essere donna: o come sposa e madre, avvinta alla schiavitù del focolare domestico, o come vergine destinata ad usi religiosi nella schiavitù del convento, o come prostituta destinata ad uso sessuale collettivo e legata alla schiavitù dello sfruttamento del suo corpo e del reddito ricavato da questo.

La riduzione attuale poi della famiglia a struttura verticale comporta uno sfruttamento ancora maggiore della resistenza psicofisica della donna che deve svolgere continuamente e contemporaneamente mansioni interne ed esterne alla casa e alla famiglia. La riduzione del limite di sopravvivenza economica causata dalle condizioni critiche dell'economia comporta la realtà incontrovertibile che diventa sempre più indispensabile l'apporto di un secondo salario o stipendio nelle famiglie.

Diventa quindi sempre più indispensabile aprire un discorso politico sulla necessità dell'abrogazione delle leggi che vietano l'aborto e la contraccezione, perchè queste leggi sono in grandissimo ritardo rispetto alla realtà della vita dei cittadini, con le gravi conseguenze che ne derivano proprio soprattutto per la vita delle donne e dei bambini.

La conquista civile che rappresenta la liberazione del rapporto sessuale svincolato dalla riproduzione non deve essere annullato dalla questione della contraccezione e tanto meno dalle leggi che vietano l'aborto.

La vita sessuale degli esseri umani è qualche cosa di infinitamente importante e prezioso, perchè è la chiave della libertà psichica, come libertà sociale è la chiave della libertà politica.

L'umanità è sempre stata repressa e oppressa sia per mezzo del potere politico, militare ed economico dell'imperialismo, sia per mezzo della violenza sessuofobica che castra profondamente gli esseri umani maschi e femmine e li priva della gioia di vivere, della felicità e quindi della forza e della creatività naturali.

L'essere umano è profondamente infelice e si ribella se ha fame, se ha freddo, se ha paura e anche se è insoddisfatto sessualmente. E poichè si è creata tutta una serie di tabù sessuali e si continua a mistificare il problema anche con le artificiosità di una pseudo-sessualità coatta e fasulla di moda per continuare e perpetuare lo scandalo e la repressione, si continuano a creare condizioni per cui uomini e donne vengono costretti a pensare e a credere che il problema sessuale sia complicato e irresolubile. Tutti portiamo tali profonde cicatrici di offese, di violenze, di inganni, di fraudolenze sessuali subìte, che ben poche sono le persone che riescono ad attraversare l'esistenza con un equilibrio sessuale armonico.

Chi s'immagina — perchè glielo hanno insegnato — che l'amore sia una favola; chi crede — perchè glielo hanno inculcato — che sia una colpa; chi pensa — perchè lo respira nell'aria — che sia un trucco, tutti sono profondamente infelici, sia per eccesso che per difetto.

Il sesso è l'essenza stessa della vita. Chi lo deforma, deforma la vita. Chi lo reprime, reprime l'esistenza. Chi lo esalta assurdamente facendone un privilegio maschile

o un mito estetico, non ne conosce e non ne comprende l'essenza liberatoria e ne fa un deprecabile oggetto di repressione per sè e per gli altri.

Chi si lascia influenzare da errate convinzioni di forza o di prevalenza sessuale o dell'uomo o della donna, non solo non ha capito per sè, ma non permette neppure che capisca chi gli è vicino, che sesso è libertà, è uguaglianza, è autenticità degli esseri umani, è comunicazione, è creatività, è fantasia, è compiutezza, armonia, felicità. Vita.

Non necessariamente questo rapporto così pieno di significato vitale per le coppie deve sbocciare nella procreazione e nel matrimonio così detto riparatore. I rapporti debbono essere liberi e la contraccezione deve salvarli dalla fertilità eccessiva e fuori stagione, indiscriminata e irresponsabile.

Prima dello studio e della scoperta dei contraccettivi efficenti, la donna era costretta ad una abnorme castità castrante e alla più rigorosa fedeltà coniugale per non avere figli di padri diversi.

Ma oggi, grazie al controllo delle nascite il problema della paternità può essere risolto in modo meno drammatico e castrante. La donna deve poter essere una persona autonoma, autogestita e unitaria, che esegue un suo lavoro rimunerato dalla società per la società, e liberamente deve poter scegliere di amare un uomo senza essergli asservita economicamente, e può anche scegliere insieme al suo uomo di avere figli da amare e da educare.

Ma limitando l'uso dei contraccettivi, il legislatore dimostra i suoi timori e le sue sessuofobie. Evidentemente il tanto decantato meraviglioso istinto materno così celebrato dalla cultura ufficiale non appare tanto sicuro agli occhi del legislatore stesso, il quale rivela suo malgrado la certezza inconscia che, se libera, sua madre non lo avrebbe messo al mondo.

La lotta deve essere rivolta ad ottenere la liberalizzazione dell'aborto, la libera propaganda e l'intensificazione dell'educazione anticoncezionale, l'aiuto alle madri e la parità salariale fra uomini e donne, che sola conferisce autonomia e dignità alla donna, e infine l'eliminazione del patriarcato retrogrado, autoritario e incapace di assumersi una paternità responsabile.

La famiglia ridotta al limite minimo del bilancio economico non permette nè l'espressione di una validità affettiva nè l'educazione adeguata dei minori. Questa è la realtà concreta attuale. La difesa del bambino in Italia non esiste; i bambini vengono gettati al mondo in ambienti inadeguati, senza un minimo di sicurezza sociale, e non ricevono mai un'educazione adeguata e dignitosa. Questo è molto più vastamente diffuso di quanto non si creda; da questi problemi non è immune neppure la borghesia, che si crede così al sicuro, ma affliggono la stragrande maggioranza della popolazione.

Bisogna esigere che la contraccezione venga insegnata obbligatoriamente nelle scuole, prima della pubertà, che venga rimborsata dalla mutua, come gli eventuali aborti necessari, e che la propaganda sia autorizzata e incrementata continuamente.

L'ABORTO DEVE ESSERE CONCORDATO LIBERAMENTE FRA LA DONNA E IL SUO MEDICO E DEVE ESSERE LIBERO E GRATUITO.

Bisogna battersi in questo senso.

Solo con queste avvertenze la donna potrà ricominciare a crearsi una alternativa costruttiva che le permetta di raggiungere una autonomia sufficiente e necessaria a gettare le basi per la sua autogestione e per la libertà della sua evoluzione personale di individuo libero e cosciente.

Adele Faccio

INTRODUZIONE

«....le donne sono sempre state guaritrici. Sono state i primi medici e anatomisti della storia occidentale. Sapevano procurare gli aborti, fungere da infermiere e consigliere. Le donne sono state le prime farmaciste che coltivavano le erbe medicinali e si scambiavano i segreti del loro uso. Erano esse le levatrici che andavano di casa in casa, di villaggio in villaggio.

Per secoli le donne sono state medici senza laurea, escluse dai libri e dalla scienza ufficiale: apprendevano le loro conoscenze reciprocamente, trasmettendosi le loro esperienze da vicina a vicina, da madre a figlia. La gente del popolo le chiamava «le sagge»; le autorità streghe o ciarlatane. La medicina è parte della nostra eredità di donne, nella nostra storia, è nostro patrimonio...»

(*Da «Le streghe siamo noi» - Celuc libri di Barbara Ehrenreich e Deirdre English*)

Di streghe ne hanno fatto morire a migliaia, a milioni. Torturate, fatte a pezzi, costrette a subire ridicoli umilianti tragici processi. L'ultimo rogo era stato allestito nel gennaio 1975, a Firenze. Chi lo aveva preparato? Sempre i soliti: gli ispiratori erano Fanfani e il Cardinale Florit, con la sua predica domenicale di incitamento alla «caccia», il sicario il missino Pisanò, il braccio secolare il sostituto procuratore Casini.

La strega: Adele Faccio.

Gli strumenti sono sempre quelli logori, brutali del potere: sembra che niente cambi e che sempre gli possa riuscire di uccidere silenziosamente, di affogare nelle calunnie e nelle menzogne ogni libertà. Ma non è così: le donne, di Adele in galera, hanno fatto un momento di incredibile forza, una lunga pertica per spiccare un grosso salto. Non si è permesso ai giornali di parlare di «fabbrica degli angeli»; Fanfani ha fatto male i suoi calcoli, non c'è stata l'indignazione generale che prevedeva — cinque anni di lotta hanno lasciato il segno — e si è scoperto che non è più vergogna dire «aborto», «ho abortito», «ho aiutato ad abortire». Non più una cosa da consumare in silenzio, l'aborto, peccato voluto da chi lo condanna, reato. In massa, in 2.700 abbiamo rotto il silenzio delle vicende personali, abbiamo dichiarato di avere abortito o aiutato ad abortire; e le donne in Adele non hanno vi-

sto la strega, ma la sorella, e la loro bandiera. Sulle cartoline stampate dal MLD e inviate al giudice lo slogan era: «La libertà di una è la libertà di tutte».

Oggi Adele è la presidente del MLD oltrechè del CISA, e certo non è casuale questo intreccio di presidenze (accettate nonostante siano quelle «istituzioni» antiche che noi tutte rifiutiamo, ma che «servono» ancora in un contesto sociale come il nostro).

Queste due sigle che si accavallano sono anche discorsi che si accavallano e si integrano a vicenda. Facciamo gli aborti. Noi del MLD da sempre abbiamo aiutato quelle che si rivolgevano a noi per abortire, facendo collette, accompagnandole dal medico «compagno» che, trattandoci come tutti gli altri, faceva però raschiamenti con anestesia per cento, centocinquantamila lire. Non conoscevamo il metodo Karman, d'altronde in Italia non lo conosceva nessuno o quasi.

Era però abbastanza confusa la coscienza politica con cui lo facevamo, non coinvolgendo la sigla MLD pubblicamente ma a livello personale, e insieme avvertendolo come un gesto politico, di solidarietà «politica» con le donne. Doveva arrivare due anni fa il CISA per farci capire in pieno l'importanza di una sfida clamorosa a un regime che gli aborti li vuole, *purchè clandestini*, di una disobbedienza scelta e dichiarata, non sotterranea ed imposta, e della solidarietà fra donne che si veniva a creare. Questa legge, Rocco l'ha fatta perchè fosse rispettata, perchè serviva carne da cannone — otto milioni di baionette —; la D.C., col consenso della chiesa, l'ha mantenuta perchè fosse violata, perchè di braccia ve ne sono fin troppe e di emigranti e disoccupati non ne servono otto milioni.

E' un vecchio discorso che non ci stancheremo di ripetere, perchè a difendere il diritto all'aborto dobbiamo essere proprio noi femministe, noi donne, che l'aborto in sè per sè siamo le ultime a volerlo: ma è un primo passo verso la libera disponibilità e l'autogestione del nostro corpo, senza la quale non c'è libertà nè felicità possibile. Invece proprio su questo e in particolare sulle nostre funzioni riproduttive, sono state messe ipoteche: il patriarcato ci ha tolto ogni giurisdizione sul nostro corpo, sequestrandoci nella famiglia, applicandoci

il bollo del cognome maritale e paterno, imponendo alle donne una sessualità solo riproduttiva, vietandoci l'aborto, impedendoci qualunque possibilità di controllare la nostra fecondabilità. E abbiamo creduto fino a poco tempo fa che la nostra sessualità fosse fatalmente riproduttiva, mentre se c'è una sessualità strettamente legata alla riproduzione è quella maschile, in cui orgasmo e momento riproduttivo coincidono. Per la donna no: ma ve li ricordate i medici che dalle colonne dei settimanali femminili o nelle visite private raccomandavano paternalisticamente: «Signora, se non ha l'orgasmo vaginale non si preoccupi, dica a suo marito di avere pazienza, è un fatto di immaturità, passa col tempo...».

Oggi ci propongono di *regolamentare* l'aborto offrendoci ipocrite casistiche — non è «lecito» nè ammissibile che le donne scelgano *da sè* quando essere madri — dietro cui continuerà a nascondersi la realtà dell'aborto clandestino di massa e di classe, perchè le donne proletarie che l'aborto lo fanno col ferro da calza non verranno a giustificarsi e a cercare scuse davanti ad una commissione di «esperti». E se l'aborto è anche una questione di coscienza non si capisce perchè una commissione debba essere *più* responsabile e cosciente della donna che l'aborto lo vive, o debba sostituirsi alla sua morale per farsi garante di una «moralità pubblica» che invece è un preciso compromesso politico.

Al Parlamento, che si rifiuta di essere e di agire come Parlamento eletto anche e soprattutto dalle donne, e che si muove solo a spintoni, lo diciamo chiaramente: intanto noi cominciamo a farli gli aborti, onorevole Fanfani e on. La Malfa e on. De Martino e on. Berlinguer, li facciamo alle donne democristiane, fasciste, socialiste e comuniste, alle donne che vengono a chiedercelo. E se vogliono proprio regolamentare qualcosa proponiamo la regolamentazione della eiaculazione, con relativa casistica.

Si spaventeranno. Ci diranno che siamo delle mammane. Bene: è ora anche di ribaltare il senso di tutti questi insulti rivolti alle donne *in quanto tali*. Puttana, lesbica, ora anche mammana.

Puttana è la donna costretta a fare da contraltare a quell'altra povera venduta dell'«onesta», della moglie che

si vende a un solo uomo e a cui vengono offerte misere gratificazioni in cambio.

Lesbica è la donna che non accetta di essere mezzo riproduttivo (e in quanto tale «riprovevole»), che vuole scegliere con chi fare l'amore (e in quanto tale diversa-diabolica se chi sceglie ha il suo sesso);

Mammana è la donna che usa il suo sapere antico, tramandato, purtroppo inagibile perchè privo di garanzie di sicurezza, in «aiuto» alle donne; è l'unica ad avere assicurato in questi secoli la libertà, rischiosa quanto si vuole, ma *libertà*, di abortire.

E non per questo si arricchisce, ci specula o si eleva socialmente; può fare gli aborti come assistere ai parti, o magari curare slogature, infezioni, bruciature, ascessi.

Al mio paese, in Sicilia, una volta — avevo dodici anni — una donnetta vestita di nero mi ferma per strada. Mi guarda bene in faccia, mi tocca il seno e comincia a ridacchiare con mia zia che mi accompagna. Le dice che di lì a poco avrò le mie prime mestruazioni: «criscì la carusa!». Due giorni dopo, puntuali le mestruazioni arrivarono. Non so se questa donna facesse anche gli aborti, può darsi. Ma quando si dice aborto clandestino quasi mai si accusano i medici speculatori che nelle cliniche di lusso o negli ambulatori eseguono raschiamenti magari senza anestesia per cifre incredibili: è molto più comodo ancora una volta prendersela con le donne, con le mammane, testimoni di un'antica solidarietà fra donne e non di speculazione vergognosa.

Comunque il nostro discorso è diverso. Vogliamo ovviamente fornire alle donne il più alto grado di sicurezza possibile. Possiamo fare nostre le parole del «Comité pour la liberté de l'avortement et de la contraception» di Grenoble, legato all'Associazione «Choisir», che, in un librettino in cui fa il bilancio di trecento interventi Karman eseguiti da personale non medico, scrive: «En prémier lieu nous voulions prouver que l'avortement pouvait être un act comportant peu de danger. Nous voulions le démédicaliser, les femmes pouvant alors se rendre maîtres du pouvoir d'avorter. Il est certain que la méthode Karman offre des garanties de securité très grandes. Nous manipulions avec des instruments non traumatisants, avec des précautions d'asepsie que nous cherchions toujours à améliorer.

De ce fait les risques que nous faisons courir à la femme étaient minimes par rapport aux vieilles méthodes de déclenchement d'une fausse couche par sonde ou autre object, et même par rapport aux curetages qui se pratiquent dans certaines cliniques».

La semplicità del metodo Karman è veramente rivoluzionaria e ne consente l'apprendimento da parte di chiunque, come è avvenuto non solo in Francia (MLAC, Choisir) ma in Cina, per esempio, in cui le statistiche danno una percentuale di complicazioni più bassa tra gli aborti praticati da personale paramedico che tra quelli praticati da medici veri e propri; o in America, dove Karman (che non è medico) ha messo sù delle Free-Clinics in cui praticano soprattutto donne che hanno già abortito, e che non hanno alcuna esperienza medico-sanitaria.

Dopo un corso di qualche mese sono in grado di eseguire perfettamente un'aspirazione e di effettuare anche una visita pelvica prima per accertarsi che non vi siano complicazioni, lasciando ai medici solo i casi rischiosi. Karman stesso afferma che raggiunto un certo grado di competenza tecnica, le qualità personali servono più del bagaglio accademico. Il metodo Karman è decisamente migliore di tutti gli altri metodi di interruzione di gravidanza compreso il raschiamento: è semplice, rapido (tutto l'intervento non dura più di un quarto d'ora), il materiale è tutto in plastica, con la punta tonda, non si raschia la mucosa uterina, non si danneggia l'utero, si dilata il collo dell'utero di poco (mai più di otto millimetri), non c'è rischio di perforazione, non c'è bisogno di anestesia; e questo oltre ad eliminare i rischi dell'anestesia rende anche inutile il ricovero in ospedale.

L'auto-assistenza (self-help) non è un fine ma un mezzo, uno strumento di lotta, e non è antagonista rispetto alle strutture sanitarie pubbliche, nè in contraddizione con le richieste di aborto libero, gratuito, assistito, effettuato negli ospedali, che noi facciamo e continueremo a fare. Si tratta di costringere lo stato e la classe medica a darci quello che chiediamo e *come* lo chiediamo, cioè quantità e qualità di servizi insieme; ma lo faremo d'ora in poi da *posizioni di forza.* Non più affidate, gambe all'aria, al ginecologo-che-sa-tutto, o a bocca aperta di fron-

te alle ultime fesserie proclamate magari da qualche professore dell'università cattolica, e non soltanto cercando disperatamente di spingere un Parlamento recalcitrante a fare quello che è semplicemente suo dovere: è il momento di cominciare a prendere nelle nostre mani la medicina, almeno le nozioni più utili ed elementari, e a mettere in piedi controstrutture, e centri di medicina per la donna.

Il peso della medicina come fiancheggiatrice del potere è enorme. Per secoli la nostra emarginazione sociale è stata fatta passare per inferiorità biologica, e giustificata in base a ciò che la donna ha di diverso dall'uomo: *il corpo*, e in particolare gli organi genitali, la funzione riproduttiva, il ciclo mestruale, ecc.

Che ruolo ha avuto la medicina nella storia della nostra oppressione? Ha fornito al potere interpretazioni di comodo, alibi autorevoli, ha avallato ideologie repressive e razziste nei confronti della donna. Ha stabilito quale è la *norma*, cioè il sano dal malato, dal pazzo, dal deviante, dall'inabile, fornendo basi «scientifiche», motivazioni biologiche a quella che era ed è solo una violenza sociale. E la norma è *maschio*, anche se può sembrare assurdo, proprio come è ariana, bianca, eterosessuale, ecc. In un certo senso la donna non è considerata normale (infatti è pazza, lunatica, fragile, impura, misteriosa,...) e quindi — secondo la logica ferrea del potere — essendo *diversa* è automaticamente *inferiore*. Tutte le nostre caratteristiche specifiche, i momenti di diversità biologica dall'uomo sono stati interpretati dalla medicina come malattie, cioè zone di competenza del medico, solitamente maschio e comunque anche se non maschio, portatore e interprete di un ruolo e di un patrimonio scientifico storicamente «maschile». La medicina fin dal suo nascere come scienza ufficiale ha escluso le donne, legandosi a doppio filo col potere, che non è solo classista ma anche sessista; di conseguenza la «scienza» medica ha dovuto piegarsi alle esigenze del potere diventando strumento di oppressione nei confronti delle donne, diversificando le tecniche e le ideologie dell'oppressione a seconda che si trattasse di donne del proletariato o della borghesia. I risultati sono che la medicina per le donne, l'informazione sessuale sulla/alla donna, le ricerche sugli anticoncezionali maschili e femminili, l'assistenza sanitaria negli ospedali per i parti e comunque tutto quello che riguarda le donne, sono qualitativamente e quantitativamente inadeguate e scadenti, quando non addirittura inesistenti; che la figura del medico è estremamente ruolizzata, ancora fonte di prestigio, e di potere, e che da ciò deriva l'inappellabilità e la sacralità delle sue asserzioni, ancorché manifestamente prive, agli occhi di una persona di buon senso, di qualunque seria base scientifica: il medico è diventato il saggio «consigliere» delle donne per quanto riguarda la loro vita sessuale, le loro scelte, i guai familiari, l'allevamento e l'educazione dei figli, tutti argomenti su cui i medici dissertano con benevolo paternalismo pur non capendone, nella maggioranza dei casi, un accidente, favorendo così nelle donne un atteggiamento di passività e di dipendenza. Noi donne col nostro corpo non abbiamo un minimo di confidenza e di armonia. Mentre l'uomo ha un rapporto di molta più accettazione e addirittura di orgoglio nei confronti dei suoi genitali, simbolo di potere, e se li controlla facilmente (li può osservare, toccare, può accorgersi subito dell'insorgere di manifestazioni patologiche) noi abbiamo chiamato le nostre mestruazioni «giacomina»... il «pudore» ci impediva di guardarci, controllarci, in certi casi persino di lavarci («fa male durante quei giorni!») A mala pena sappiamo di avere una clitoride ma quasi nessuna conosce la sua vagina, il suo collo dell'utero, e ancora poche sanno realmente come funziona l'apparato riproduttivo femminile o come agiscono gli anticoncezionali, quali sono i disturbi femminili più frequenti, quando realmente possiamo dirci «malate», ecc.

Molte ancora non riescono ad infilarsi da sole un tampone (donne con magari più di un figlio) e tantomeno uno speculum. Una con tre figli insisteva che non le entrava.

Possiamo andare avanti in queste condizioni, lasciando solo al «grande stregone» laureato ogni nozione riguardante l'arcano che ci portiamo dentro e che siamo? Possiamo permettere che una volta raggiunto l'obbiettivo dell'aborto libero e legale — ipotesi già molto rosea — questo avvenga con inutili e dannosi raschiamenti, col personale sanitario che tratta le donne come pezze e le lascia nell'ignoranza totale di quello che viene praticato

sul loro corpo, in un'atmosfera di riprovazione morale o d'indifferenza?

O magari, come è avvenuto in Francia dopo l'approvazione della legge, dover subire l'«obiezione» dei medici che boicottano in ogni modo l'applicazione della legge e si rifiutano di eseguire l'intervento? Le donne devono abituarsi non solo ad esigere l'aborto libero e gratuito, ma anche una qualità di aborto, di trattamento, di assistenza; esigere di essere informate, di decidere da sole su se stesse sempre.

L'autoassistenza, dicevamo, non è un'alternativa alle strutture sanitarie pubbliche, e uno dei nostri obiettivi prioritari resta il coinvolgimento, a vari livelli, di medici e studenti di medicina. Se non vogliono impegnarsi direttamente nella pratica clandestina, possono collaborare indirettamente; p. es. facendo la visita ginecologica prima e dopo l'intervento (per evitare i casi rischiosi) e saranno le donne stesse ad esigere che il medico le informi di posizione, eventuali malformazioni, affezioni dello utero e le fornisca di ricetta per le medicine che servono dopo l'aborto (per es. il Methergin).

Un'altra forma di collaborazione, per i medici che lavorano negli ospedali, è di garantirci, nell'eventualità di complicazioni o ritenzioni (anche se le percentuali di complicazioni col Karman sono bassissime, circa il 2%) il ricovero immediato della donna e il raschiamento sotto anestesia senza difficoltà o denunce.

In Francia le donne, coll'appoggio del MLAC sono arrivate — prima della approvazione della legge — a presidiare o occupare ospedali e studi privati di medici «favorevoli» all'aborto chiedendo loro di eseguire materialmente l'intervento. In Italia possiamo cominciare a utilizzare i miseri e ambigui spazi offerti dalla recente sentenza della Corte costituzionale, che crea in merito all'aborto per ragioni terapeutiche-eugenetiche un vuoto legislativo, e imporre, con l'aiuto di certificati medici e con l'assistenza legale di avvocati, che negli ospedali vengano almeno eseguiti questi tipi di aborto.

Ma l'obiettivo prioritario è ovviamente raggiungere le donne, e soprattutto non soltanto le più politicizzate, le più fornite di strumenti, le borghesi sempre, ma le «irraggiungibili», le donne chiuse in casa, nella loro prigione, senza possibilità di prendere coscienza; le non femministe, le donne madri e mogli...

La nostra proposta è di cominciare a creare gruppi di autoassistenza nei quartieri, riuscendo a mobilitare e a coinvolgere le donne, facendole partecipare direttamente. Non si tratta di «convincere» le donne della necessità di liberalizzare l'aborto, non si tratta di fare propaganda: le donne, se è vera come è vera almeno la cifra più riduttiva di quelle che conosciamo sul numero degli aborti clandestini ogni anno, cioè un milione e mezzo, sanno benissimo cos'è l'aborto e hanno bisogno solo di strumenti per farsi sentire, di occasioni per partecipare e uscire dal silenzio e dall'isolamento. Lotteremo da posizioni di forza nel momento in cui saremo in grado di girare per le case e per i quartieri con la valigetta con gli attrezzi del Karman, quando faremo le riunioni direttamente nelle case delle donne, creando quel tipo di solidarietà che ogni volta stupisce e che è veramente «tra donne» al di fuori di divisioni generazionali e anche di classe, di ideologia, di mentalità. L'aborto può non essere soltanto un aborto, cioè qualcosa di cui liberarsi in fretta e nel migliore dei modi possibile, ma anche una occasione di presa di coscienza, per mettere in discussione se stesse, il proprio modo di vivere la sessualità, la maternità, i rapporti, il ruolo nella famiglia, da parte delle donne soprattutto ma anche degli uomini, mariti-padri-fidanzati che, come diceva una compagna del MLAC «non hanno mai messo molto in discussione della propria vita, e non l'avrebbero forse messo se non ci fosse stato il contatto con il gruppo, l'occasione drammatica dello aborto».

Per le donne, per la nostra lotta, è essenziale impegnarsi a fondo sul referendum abrogativo del reato di aborto proposto dalla Lega 13 Maggio e dal settimanale «L'Espresso». La raccolta di firme e l'organizzazione per fare e imparare a fare l'aborto debbono essere strumenti convergenti. Quanto la depenalizzazione, e in generale il referendum come mezzo di pressione sul Parlamento e sulle forze politiche, sia importante, mi sembra scontato ed evidente — anche se troppe femministe l'hanno capito in ritardo o non l'hanno capito ancora —, e quanto i tavoli di raccolta di firme possano essere occasione di cre-

scita, di dialogo con le donne, di dibattito.

Offrire alle donne strumenti e possibilità concrete di liberazione e di lotta (portando i tavoli per la raccolta delle firme in giro per i quartieri, come cercheremo di portarci l'autoassistenza) ci sembra l'unico modo non «mistico» di essere sorelle. Non crediamo alla sorellanza ideologica nè a quella biologica (unite perchè donne e basta), ma a quella politica, alla sorellanza come convergenza di scopi e di interessi, ed è importante per noi sentirci così davvero sorelle a donne «qualunque», non femministe; a Petruzza Lo Prete, immigrata di Genova morta perchè si è infilata un ferro nell'utero nel tentativo di evitare una gravidanza non voluta, e che probabilmente era lontanissima come cultura, mentalità, ideologia, abitudini e magari tendenze politiche da noi, ma avrebbe — se ne avesse avuta l'occasione — firmato per il referendum sull'aborto, come sarebbe — se ne avesse conosciuto l'indirizzo — venuta al CISA o dai nuclei di autoassistenza ad abortire, e non sarebbe morta.

Eugenia Roccella
(della segreteria del M.L.D.)

M. L. D.:

LA LOTTA PER L'ABORTO

La discussione sull'aborto, non più su un piano di semplice denuncia, ma come problema sociale che chiede una soluzione improrogabile, come diritto della donna alla gestione del proprio corpo, coincide con la nascita del Movimento di Liberazione della Donna. Durante il seminario che si svolse nei primi mesi del '70, in conclusione al quale si decise di fondare il MLD, si individuò nel mito imposto della maternità il primo fattore della oppressione e dello sfruttamento della donna, uscendo con un obiettivo dirompente «...che avrebbe avuto il risultato di spezzare l'omertà intorno a questo dramma brutale che ogni anno è vissuto da tre milioni di donne».

Questo obiettivo, concretizzato poi con un progetto di legge di iniziativa popolare, era «dirompente» su due direzioni: quella della abolizione del reato d'aborto, per porre fine alla vera e propria strage delle innocenti, riaffermando il principio del diritto alla vita che non può — in un macabro gioco delle tre carte — essere attribuito solo al feto e negato alla donna; l'altra, della presa di coscienza da parte della donna del diritto al rifiuto di una maternità subìta e imposta, di una ideologia della maternità che la condiziona fisicamente e psichicamente in tutti i campi e ne impedisce fin dall'infanzia il libero sviluppo della personalità.

Suscitare il dibattito aperto nelle piazze e nella stampa fu il primo grande successo. Il MLD, dopo aver presentato al suo primo congresso, nel febbraio 1971, una bozza del progetto di legge di iniziativa popolare per la liberalizzazione dell'aborto, lanciava la campagna nazionale per la raccolta delle firme necessarie (50.000 firme autenticate) alla presentazione del progetto in Parlamento, con una manifestazione a Piazza Navona, nel maggio del '71. La presenza attiva a convegni e dibattiti di altre organizzazioni politiche, tra cui il congresso nazionale delle donne repubblicane, e una serie di manifestazioni davanti ai tribunali in occasione di processi per aborto, davanti agli ospedali, davanti all'ONMI, contro la festa della mamma, prepararono l'interesse della stampa e dell'opinione pubblica per la manifestazione.

Non ci si aspettava certo una battaglia facile; si te-

mevano diffidenze di fronte ai secolari tabù che andavamo a sollevare e ci si trovava invece di fronte a donne, spesso analfabete, che finivano con l'imporci addirittura il problema, fornendoci il contributo, non solo di una firma, ma soprattutto di una ribellione che partiva da esperienze brutali e inumane e si esprimeva nel superamento dell'antichissima remora a rivelarsi e ad assumere pubblicamente una posizione di rottura rispetto all'ambiente.

E' semmai dai vertici politici e di potere che la risposta alla nostra indicazione di lotta per la liberalizzazione dell'aborto è stata per anni violentemente ostile o di voluta indifferenza o di tentativi di recupero, almeno fino al '72.

La prima risposta per ammortizzare ed assorbire questa rivendicazione inaudita con il minor danno possibile, fu la sentenza della Corte Costituzionale, che abrogando l'art. 553 rendeva lecito «parlare» di anticoncezionali. Su quella sentenza si fabulizzò molto, come oggi su quella per l'aborto, nella convinzione che con ciò fosse ormai spianata la strada alla diffusione degli anticoncezionali.

Il MLD ritenne invece che non fosse il caso che la Corte Costituzionale dopo 18 anni di lotte condotte dall'AIED, numerosi processi subiti da Luigi De Marchi e due rigetti da parte della stessa Corte, si accorgesse proprio in quel momento della incostituzionalità dello art. 553.

Tenendo conto anche della strana e apparentemente peregrina conclusione che avvertiva che in ogni caso quella larghezza non avrebbe potuto riferirsi all'aborto (?), si ebbe la netta impressione che si tentasse così di recuperare sugli errori e la miopia di una politica a sfondo clericale, fino ad allora fedelmente uniformata all'«Humanae vitae». Questo giudizio ha trovato conferma a distanza di tempo nella situazione di fatto rimasta immutata rispetto alla diffusione dell'uso degli anticoncezionali; non ci risulta che nessuna iniziativa in questo senso sia stata presa finora dal ministero della Sanità, nè che ce ne siano seriamente in progetto. I pochi consultori esistenti continuano ad essere il risultato dell'iniziativa della AED e dell'AIED o di pochi isolati

di buona volontà. E ci risulta che non siano neppure diminuite le difficoltà che essi incontrano nel realizzarli.

In ogni caso, l'interesse suscitato nell'opinione pubblica rispetto all'aborto rendeva difficili i tentativi di recupero: quando si aspetta troppo per le riforme essenziali il momento delle concessioni può essere più duro così si è arrivati alla cosiddetta fase dei progetti.

Nel solo '71 tra Giugno e Ottobre, i socialisti presentarono due progetti, molto simili tra loro, col naturale corredo di casistica e di commissioni socio-psico-mediche (uniche ammesse alla decisione) in ogni caso inappellabili. Neanche quei due progetti furono mai discussi e decaddero alla fine della legislatura, ma Banfi e Brizioli (i due presentatori) non furono appoggiati dal loro partito e quindi non furono rieletti alle successive elezioni del '72, quelle stesse elezioni che produssero un Parlamento in cui siedono Pisanò, Rauti, Petrucci.

Il MLD opponeva a quella concezione il proprio progetto di legge di iniziativa popolare, perchè, «...La maggior parte degli aborti avviene per motivi che il progetto (Banfi e Brizioli N. D. R.) non considera: problemi economici che si pongono anche per il primo e il secondo figlio; problemi di serenità psichica che non sono contemplati dalla nostra retrograda psichiatria perchè non sfociano mai in vera e propria «pazzia»; problemi sociali come quello della ragazza madre ecc.... Del diritto della donna a decidere di sè e del proprio corpo non si parla; del diritto ad una maternità libera cioè voluta e consapevole, non si parla.

Alla donna è concessa solo la facoltà di chiedere e sperare... In realtà tutto ciò che questo progetto concede alla donna è di continuare ad abortire nell'illegalità o di cercare disperatamente falsi alibi e falsi attestati per ottenere ciò che dovrebbe essere comunque un suo esclusivo diritto».

L'Osservatore Romano, Civiltà Cattolica e tutti gli organi di contorno del potere clericale, si scagliarono contro ogni ipotesi di aborto legale e persino — si dice — con minacce di scomunica contro il Parlamento se avesse osato approvare una legge più civile in materia, rispolverando quel dimenticato diritto alla vita — che ormai costituisce l'asso nella manica del Vaticano — per

opporsi ad ogni tentativo laico di strappargli la gestione monopolistica della morale della famiglia e della maternità, che gli ha permesso di mantenere in maniera capillare e subdola il potere politico ed economico del nostro paese.

Ai tanti autorevoli avvertimenti sulla catastrofe sociale che l'aborto, come il divorzio, avrebbe provocato, si aggiungeva un pesante documento della CEI, in cui, pur nella comprensione che non ogni trasgressione di una norma morale deve necessariamente essere perseguita penalmente (!!) e nella coscienza della mortalità delle pratiche clandestine, la facile speculazione di sanitari compiacenti, il rischio dell'eccessivo aumento della popolazione, o quelli relativi alle difficoltà nelle quali la gestante o a futura prole vengono a trovarsi in alcuni casi, ecc., si ribadiva che l'aborto comunque doveva rimanere un reato, rendendo così ancora più chiaro che tale criminale e irresponsabile insensibilità non è dovuta ad ignoranza.

Questa posizione non è sostanzialmente cambiata oggi, ma nel giuoco dei mutamenti politici si è smussata ed è più articolata e cauta.

Le posizioni del PCI erano andate invece evolvendosi da quando alla fine del '70 Pecchioli aveva accusato di «neo malthusianesimo» i fautori dell'aborto e aveva avvertito che parlare di aborto avrebbe compromesso il dialogo con le masse cattoliche.

Il grosso successo che il nostro movimento aveva ottenuto con la raccolta delle firme in quartieri come Centocelle, zona operaia di Roma, tradizionalmente «rossa», ma anche cattolica, aveva probabilmente spinto il PCI verso una maturazione diversa, per gradi, che ancora, secondo noi non è completa.

Così l'UDI cominciò ad occuparsi del problema e nel documento del Convegno sulla maternità che aveva organizzato nel gennaio del '72, diceva: «...I fautori della liberalizzazione dell'aborto lo presentano come libertà di non avere figli prescindendo spesso dalle cause del fenomeno (!) e dalle conseguenze che esso determina.

Questa posizione che agli sprovveduti può sembrare avanguardista, in realtà come mezzo di controllo delle nascite già presenta una posizione conservatrice. L'aborto è un mezzo superato, i ritrovati scientifici sono andati molto più avanti nella direzione di impedire il concepimento non desiderato».

L'UDI scopriva l'uovo di Colombo e continuava nella lezione: «...L'aborto è un mezzo superato estremamente dannoso e che al limite può rappresentare una remora alla ricerca e soprattutto alla divulgazione dei mezzi anticoncezionali a livello di massa».

Ci sconcerta ancora la sfiducia che l'UDI aveva nelle capacità promozionali degli operatori del settore farmaceutico. Il documento continuava: «I sostenitori della liberalizzazione propugnano l'aborto in nome della "libertà" della donna. Niente di più falso. Se c'è qualcosa che contrasta con il libero estrinsecarsi della personalità femminile ciò è proprio la pratica abortiva. ....Teorizzare l'aborto come controllo delle nascite SIGNIFICA LIBERARE DEFINITIVAMENTE L'UOMO DA OGNI RESPONSABILITA'». Ciò che poteva essere depenalizzato era: «l'aborto eseguito negli istituti sanitari pubblici, come garanzia che la società avochi a sè, come fatto di interesse pubblico, la tutela fisica e psichica della donna che intende abortire». Da ricordare che il progetto di legge del MLD prevedeva la assistenza gratuita in ospedali specializzati. La vera differenziazione era un'altra, che l'UDI non diceva, ma che il recente progetto del PCI chiarisce, ed è che in quegli istituti sanitari pubblici dovrebbero essere possibili solo *certi* aborti, con le carte in regola rispetto alla casistica prevista e con i bolli di una commissione. E ciò che taceva e tace ancora è che gli altri, quelli «irregolari» possono continuare tra le mani delle buone vecchie mammane, che continueranno a non mancare.

Se scoperta, la donna colpevole sarà punita con una multa che va dalle cinque alle cento mila lire; ma continuerà a non essere quasi mai scoperta, come adesso.

Ma la strada è lunga, e pensiamo che le compagne dell'UDI matureranno ancora e forse le avremo vicine più tardi, durante il referendum, come in fondo è avvenuto per il divorzio. L'11 febbraio 1973 Loris Fortuna presentava il suo progetto di legge, che costituiva un notevole passo avanti rispetto ai progetti precedenti. L'articolo n. 1 prevedeva infatti l'aborto eseguito da

un medico dietro certificato di due medici iscritti all'albo in cui risultasse che la continuazione della gravidanza presentasse rischi per la salute fisica o psichica della madre maggiori che non l'interruzione, o nel caso di malformazioni del nascituro. Prevedeva anche la non necessità del certificato dei due medici in caso di urgenza e aggiungeva che bisognava tenere conto «delle ragioni sociali e morali che la donna adduce».

Il MLD, che aveva contribuito alla stesura, decise di appoggiarlo: «...Tale scelta è stata operata perchè si trattasse l'argomento a livello parlamentare e per ottenere un confronto tra i partiti su un problema che per le donne riveste una drammatica importanza. Noi non siamo affatto d'accordo sul sistema di lasciare la decisione ad una commissione che probabilmente prevederà anche l'inserimento di un «padre spirituale» snaturando i fini che la legge si propone. Tuttavia questo è un inizio e a noi è sembrato giusto spezzare la cortina di silenzio complice che continua ad avvolgere un problema di cui tutti conoscono l'entità e l'importanza». (intervento MLD al congresso UDI del novembre '73).

Il movimento aveva abbandonato il proprio progetto perchè, anche se la raccolta di firme aveva avuto molto valore come momento di lotta e di sensibilizzazione nel contatto diretto con le donne (soprattutto nei quartieri di periferia e nelle borgate delle grandi città, ma anche nei paesi del meridione, come Avola, o nei centri delle zone bianche, come Pordenone), mancò completamente, o fu puramente formale, l'appoggio della sinistra, e le sole forze del MLD non permisero uno sforzo organizzativo adeguato.

Il problema dell'aborto era entrato ormai nel dibattito e persino la televisione sia pure con l'usuale bernabeiano disprezzo per la democrazia, presentò un incontro nella trasmissione AZ con la partecipazione del dottor Gabrio Lombardi che potè andare a ruota libera praticamente senza contraddittorio.

Del resto, solo uno o due anni prima, alla radio, il professor Sala aveva elargito, insieme alla solita condanna dell'aborto, esperti consigli di come far morire «di morte naturale» un bambino al settimo mese di gravidanza lasciando la madre senza utero (raffinato e gesuitico elusore di leggi, no?).

Dopo la presentazione del progetto Fortuna le forze politiche si sforzavano di mantenere sull'aborto, nonostante tutto, il silenzio evasivo, e il dibattito in Parlamento non aveva luogo.

Lo stesso Fortuna si disinteressava della sua proposta che giaceva nel dimenticatoio, accantonata dalla furba e farraginosa lentezza del meccanismo parlamentare. Come sempre, c'erano problemi «più importanti».

Nel '74 il P.R. e il M.L.D. promuovevano per la prima volta il referendum per la depenalizzazione dell'aborto, nel quadro del progetto «otto referendum contro il regime». Le norme del famigerato paragrafo «sull'integrità della stirpe» erano comprese in un lungo elenco di norme del codice Rocco da abrogare.

La raccolta delle firme non raggiunse il numero necessario all'indizione del referendum (500.000 autenticate) per il boicottaggio messo in atto dagli organi di informazione, stampa e RAI-TV, e il disinteresse, quando non l'aperta ostilità, di tutta la sinistra, parlamentare e non, e persino delle forze che avevano inizialmente aderito al progetto.

Nel frattempo, nell'autunno '73 era iniziata la campagna per la raccolta di autodenunce, per smuovere le acque e sensibilizzare l'opinione pubblica. Su «Liberazione», quotidiano radicale, vennero pubblicati i nomi di 150 tra uomini e donne che dichiaravano «di aver abortito o aiutato ad abortire». Le stesse autodenunce furono rilanciate (con foto e storie di alcune compagne e compagni) sul settimanale «Amica» un anno dopo. Recentemente sono state consegnate alla corte di cassazione 2700 autodenunce.*

---

* *Marzo-Aprile '75. E' in corso un tentativo di intimidazione degli autodenunciati da parte della Polizia e dei Carabinieri. Una decina di compagne e compagni sono stati convocati e interrogati (spesso senza il rispetto del diritto alla difesa) e intimiditi. Partono anche denunce e avvisi di reato. Nella mozione congressuale del 11-12-13 Aprile '75, rispondiamo impegnandoci a fare di ogni processo per autodenuncia un processo politico al regime.*

Ma, mentre con queste iniziative il movimento delle donne andava allargando il proprio raggio di intervento, mentre a livello di base o di federazioni giovanili la sensibilità a questi temi e in particolare all'aborto, cresceva, mentre cattolici come Ambrogio Valsecchi, suor Marisa Galli, don Marco Bisceglia prendevano pubblicamente posizione in favore della depenalizzazione, la politica parlamentare era serenamente temporeggiatrice. Lo stesso Fortuna, in una infelicissima intervista ad un giornalista spagnolo, dichiarava: «...Y por eso (l'aborto, N.D.R.) no doy batalla en esto terreno. Prefiero la discusion cultural, filosofica y medica, para ver si esiste una base de acuerdo. Pero sin forzar un choque... He presentado la ley, pero no tengo intencion de que se discuta...» Fortuna ha di recente fatto ammenda ed ha promesso di apportare emendamenti migliorativi al suo progetto (anzi il PSI ha preso posizione ufficiale per la liberalizzazione dell'aborto) e non è perchè non gli crediamo che ricordiamo questa sua gaffe. Il fatto è che quell'intervista esplicitava la volontà di tutte le forze parlamentari, disposte anche ad ammorbidire verbalmente le posizioni — come ha fatto pochi mesi fa persino Fanfani nel suo famoso «Cauto discorso sull'aborto» — pur di evitare la discussione e il confronto. Questo nonostante l'impegno strappato ai parlamentari di sinistra di fissare i tempi di discussione e di nominare i relatori del progetto in commissione, rispettando gli stessi tempi e funzionamenti del Parlamento, nel giugno-luglio '74, dal lunghissimo digiuno di Marco Pannella e dal digiuno e raccolta di firme del MLD e Movimento Femminista Romano. In due settimane raccogliemmo 15.000 firme, rimanendo ferme a Piazza Navona, battendo tutti i «record della firma», e consegnammo le 15.000 lettere di sollecito ai due presidenti di commissione, allora Reale (PRI) e Frasca (PSI). Il dibattito parlamentare doveva iniziare, secondo gli impegni assunti, a settembre.

Non iniziò, e ancora una volta i partiti e il Parlamento cercarono di rinviare e di evitare il confronto. Senonchè quello che Giancesare Flesca chiama sullo Espresso «garbato minuetto fra le forze istituzionali» è saltato in aria perchè la procura di Firenze, su istigazione del fascista Pisanò, incautamente accende l'estremità di una corda che vien fuori dalla clinica di via Dante da Castiglione a Firenze. La corda era una miccia e l'esplosivo era stato pazientemente posto negli ultimi anni dal CISA con il MLD e il PR.

L'arresto di Adele Faccio, presidentessa del CISA, di Spadaccia, segretario del PR, e Conciani, il medico che gestiva la clinica CISA a Firenze, giunse pochi giorni prima della Conferenza Internazionale sull'aborto promossa dal MLD e PR, che si tenne a Roma nei giorni 24, 25 e 26 gennaio al teatro Centrale e all'Adriano.

Anzi, Adele Faccio, che era latitante, si consegnò proprio in conclusione alla Conferenza, costringendo la polizia ad arrestarla sul palco dell'Adriano, tra una folla di migliaia di persone indignate, nel silenzio generale («deve essere chiaro da che parte è la violenza: la parola d'ordine è GELO» disse Adele appena prima di essere arrestata).

Da allora gli avvenimenti sono precipitati, e tutta la sinistra non ha potuto esimersi oltre, dal «fare qualcosa», affrettandosi a presentare progetti di legge di ogni tipo. Persino la DC ha presentato una sua proposta che, se pure cautissima (mantiene pressochè inalterata la legge attuale, cambiando titolo al paragrafo e prevedendo attenuanti per l'aborto terapeutico ed eugenico) è stata aspramente criticata dall'Osservatore Romano che ribadisce il diritto alla vita del feto... anche in caso di rischio per quella della madre.

Il 9 aprile 1975, giorno in cui le Commissioni Giustizia e Sanità della Camera si riunivano in sede referente per iniziare il dibattito sulle proposte di legge, il MLD, a due giorni dal suo II congresso, dà inizio alla raccolta di firme per il referendum abrogativo del reato d'aborto, promosso stavolta dalla Lega 13 maggio e dal settimanale «l'Espresso».

Ciò che ora appare con chiarezza è che nel corso degli anni, dal '70 ad oggi, dal progetto di iniziativa popolare all'ingorgo di progetti parlamentari (6 in tutto: uno del PCI, tre socialisti di cui però due decaduti con la passata legislatura, uno del PRI, uno del PSDI, uno del PLI, oltre a quello DC), dalle manifestazioni con cartelli-sandwiches davanti agli ospedali e ai tribunali, al processo

Pierobon, alle autodenunce, la linea d'azione femminista si è evoluta verso la disobbedienza civile aperta. Una disobbedienza a cui da sempre noi donne siamo obbligate, ma nel silenzio e colla tacita complicità di tutti, compresi gli organi dello Stato, la Magistratura, la Polizia. Da quando il MLD nacque, cominciarono a venire donne che ci chiedevano di risolvere il loro problema, e a livello personale, molte di noi lo fecero, o cercando i soldi o cercando il medico o tutte e due le cose insieme, ma il timore che un'azione più esplicita permettesse alla magistratura e alla polizia di stroncare il movimento, come già si faceva con altri gruppi attraverso la droga, ci rendeva caute. Ma la cautela, compagna dell'UDI, e la «ragion politica», non sono molto lontane dall'insensibilità e dall'astrattezza. E la scelta che oggi è maturata nel MLD, con il CISA, per noi donne, «è» una scelta politica, e ha dato risultati politici. La lotta non può essere portata solo nelle piazze e nel Parlamento, con i discorsi, con i cartelli; ma *accanto* alle donne *con* le donne.

GLI ANTICONCEZIONALI

LA VISITA GINECOLOGICA

Per prima cosa è importante capire che il medico è, anzi deve essere, disponibile per aiutarci. Ed è anche suo dovere rispondere alle nostre domande, spiegare cosa ci sta facendo, o perchè ci dà una determinata terapia. Soprattutto, poi, vogliamo essere trattate con cortesia, senza eccessiva familiarità e, nello stesso tempo, con una disponibilità umana che spesso manca nel rapporto tra medico e paziente (più spesso se il paziente è una donna e non riesce a farsi valere).

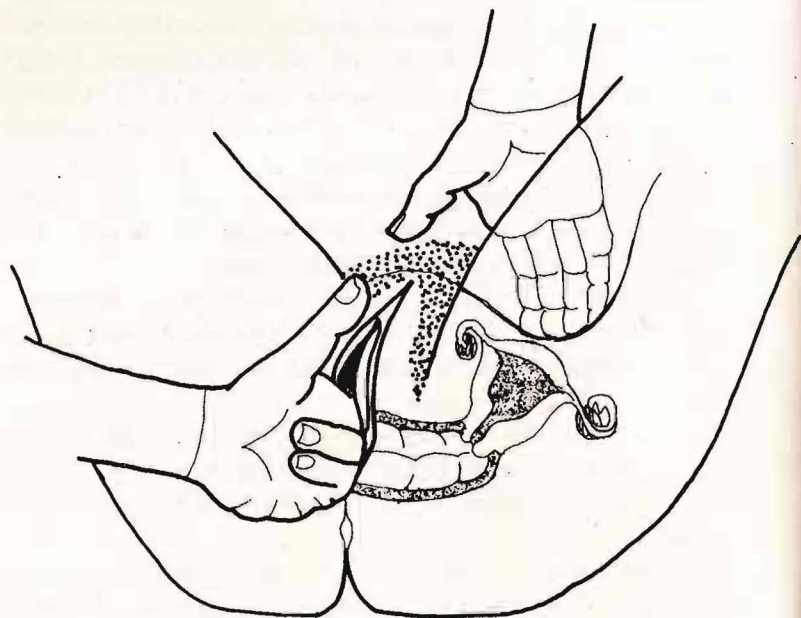
Per capire cosa ci viene fatto durante una visita ginecologica, elenchiamo qui le varie fasi di cui essa generalmente si compone.

Dapprima il medico, dopo averci fatto spiegare il motivo della visita e gli eventuali disturbi, ci prega di spogliarci dalla vita in giù e ci fa distendere su un lettino con le cosce alzate e le gambe appoggiate su due speciali supporti. Poi ispeziona i genitali esterni per notarne la forma, eventuali lesioni superficiali, e così via. A questo punto, con la mano rivestita da un guanto di plastica asettico, introduce una o due dita nella vagina, ne esplora le pareti e il fondo ed arriva a toccare la cervice uterina. Aiutandosi con l'altra mano, che preme dall'esterno sull'addome, può quindi rendersi conto della posizione e della grandezza dell'utero, di eventuali ingrossamenti o infiammazioni di ovaie e tube.

Finito questo primo esame, il ginecologo usa uno strumento, simile al becco di un'oca (lo «speculum»), con cui divarica le pareti vaginali, in modo da poter vedere direttamente la cervice uterina e notarne una eventuale infiammazione, lesione (cervicite) o altre alterazioni.

La visita può essere completata da uno striscio per determinare quale sia il microbo, o il fungo respon-

sabile di una infiammazione, oppure per vedere se le cellule provenienti dalle pareti dell'utero presentano alterazioni di tipo tumorale. Questo ultimo esame, detto Pap-test, è utilissimo per scoprire i tumori del collo dell'utero in fase precoce quando, con un'operazione, si può impedire la diffusione del male, che è il più frequente rischio mortale per la donna. Tutte le donne sopra i 25 anni dovrebbero farsi praticare il Pap-test almeno una volta all'anno, tanto più che è anche indolore e non dà alcun fastidio.

E' possibile che la visita ginecologica comprenda un ulteriore esame, indispensabile prima di prescrivere la pillola o altri anticoncezionali ormonali, e cioè l'esame del seno. Esso consiste in una palpazione accurata della mammella e del cavo ascellare, per scoprire eventuali noduli.

L'APPARATO GENITALE FEMMINILE

Anche se in alcuni casi la visita ginecologica è una necessità di cui non possiamo fare a meno, è tuttavia molto importante che anche noi sappiamo come siamo fatte, come funziona il nostro apparato genitale e quello dell'uomo. L'apparato genitale femminile è formato da organi esterni e da organi interni. Quelli esterni sono le grandi labbra, pieghe della pelle ricoperti da peli. All'interno di esse sta, in alto, la clitoride, che è la parte più sensibile alle stimolazioni. Dalla clitoride partono altre due pieghe più piccole non ricoperte da peli, chiamate piccole labbra. Al loro interno ci sono due aperture, in alto lo sbocco dell'uretra, da cui esce l'urina, in basso l'entrata della vagina.

Gli organi interni sono: la vagina, l'utero, le tube e le ovaie.

L'ingresso della vagina è chiuso solo in parte dall'imene, in genere in donne che non hanno avuto rapporti sessuali. L'imene è una piccola membrana di forma e di spessore molto vario. E' percorsa da piccoli vasi sanguigni, per cui la sua rottura porta ad una perdita di sangue, a volte appena visibile, a volte più evidente, accompagnata da possibili sensazioni di dolore, a seconda dello spessore dell'imene stesso.

L'imene, mentre in alcune donne può lacerarsi al solo contatto di un dito, in altre può essere così elastico da rimanere intatto persino dopo ripetuti rapporti sessuali.

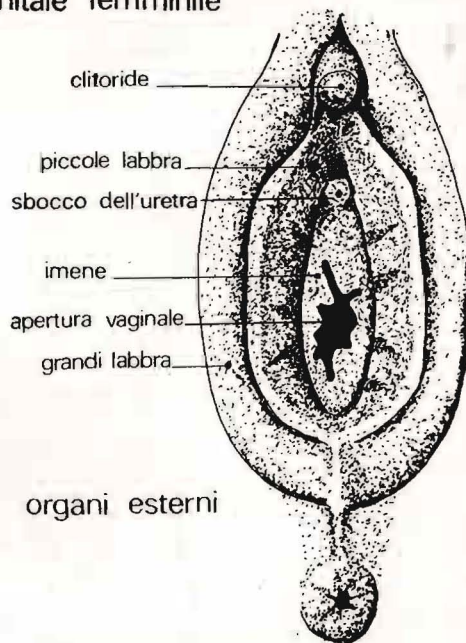
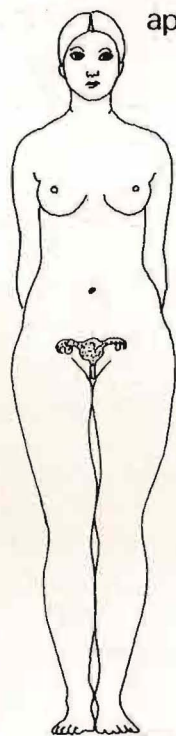
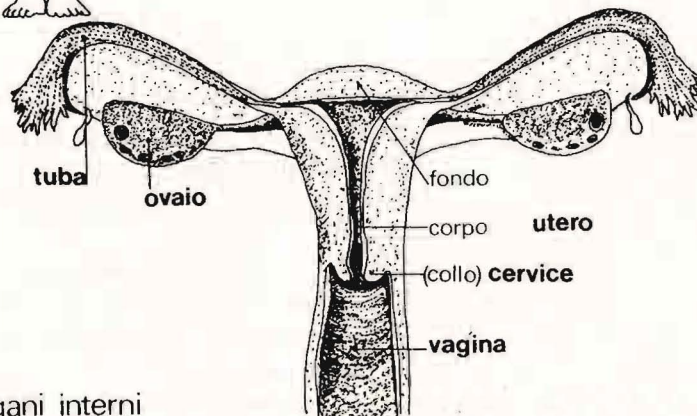
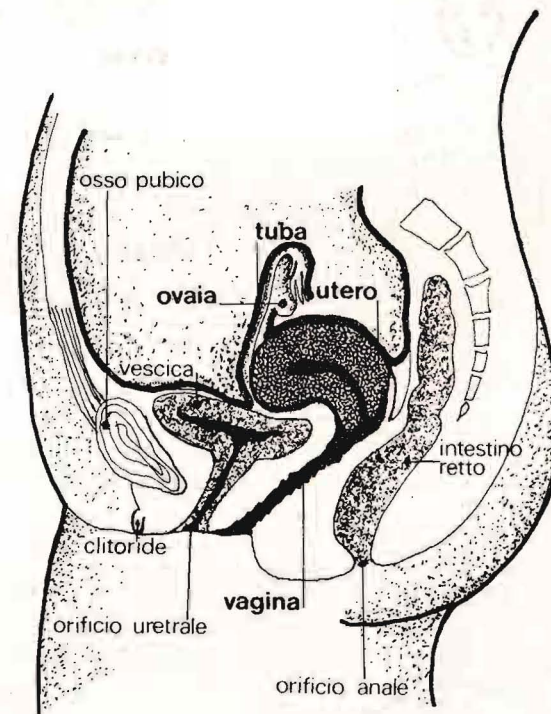
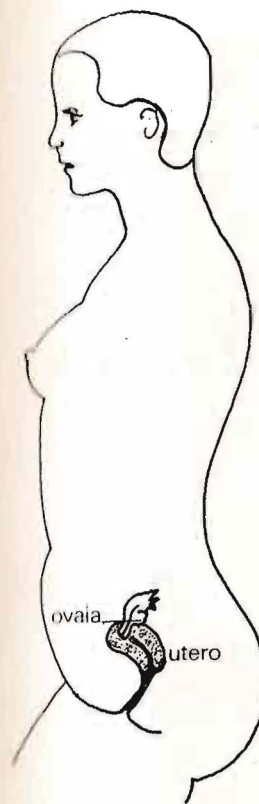
La vagina è un canale dalle pareti elastiche, capaci di allargarsi ed allungarsi notevolmente, ma che normalmente stanno unite. Nella parte alta di questo canale sporge il collo uterino o cervice.

L'utero ha la forma di una pera: la parte più sottile — cervice uterina — sporge in vagina, mentre il

apparato genitale femminile

clitoride
piccole labbra
sbocco dell'uretra
imene
apertura vaginale
grandi labbra

organi esterni

tuba
ovaio
fondo
corpo
utero
(collo) cervice
vagina

organi interni

corpo dell'utero si appoggia in avanti alla vescica.

In molte donne esso è invece appoggiato all'indietro: si parla allora di utero retroverso, che non comporta necessariamente effetti negativi nè sui rapporti sessuali nè sulla maternità.

L'utero presenta all'interno una cavità che comunica ad una estremità con la vagina tramite una piccola apertura di pochi millimetri, sul cui orlo si deposita una secrezione vischiosa — il muco cervicale —. Dall'altra estremità della cavità uterina partono due sottili tubi-

cini — le tuge o salpingi — che si dirigono verso le ovaie, a cui si appoggiano. Le ovaie, grandi come due mandorle, sono poste nella parte bassa della cavità addominale.

Esse contengono le uova che, quando giungono a maturazione, hanno la grandezza di una capocchia di spillo. Circa a metà di ogni ciclo mestruale — ovulazione — viene espulso un solo uovo, che normalmente imbocca la tuba, dove viene fecondato dall'arrivo degli spermatozoi.

IL CICLO MESTRUALE

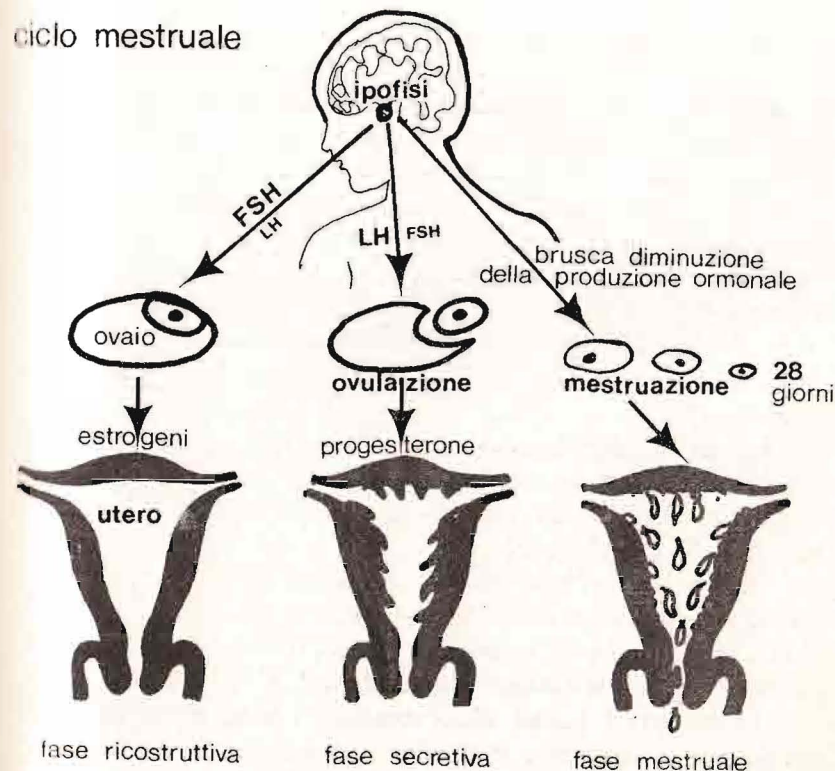
La superficie interna dell'utero, a seconda della fase mestruale, assume ciclicamente tre aspetti diversi. Inizialmente esso si prepara ad accogliere l'uovo fecondato, e ciò avviene con la formazione di uno strato superficiale interno (endometria) che si fa sempre più spesso e ricco di sangue. Quando non si verifica l'annidamento dell'uovo, perchè non è avvenuto il concepimento, questo strato viene eliminato: si hanno allora le mestruazioni. Queste hanno l'aspetto di emorragie che si verificano all'incirca mensilmente, con variazioni individuali notevoli anche in una stessa donna (cicli di 25-35 giorni).

Le mestruazioni interessano la donna nel periodo che va dal menarca (comparsa della prima mestruazione, che in Italia è intorno agli 11-12 anni) alla menopausa (tra i 45 e i 55 anni).

In questo periodo di tempo la donna può concepire e mettere al mondo figli. Irregolarità mestruali e in alcuni casi anche la mancanza di mestruazioni non significano necessariamente che la donna sia sterile.

In genere i primi cicli mestruali sono irregolari, ma si può ugualmente rimanere incinta.

La menopausa si verifica quando le ovaie non sono più in grado di produrre ormoni e di liberare uova, di conseguenza le mestruazioni cessano naturalmente. Tutti gli inconvenienti fisici che accompagnano la menopausa, quali vampate di calore, vertigini, ecc. possono essere evitati prendendo degli ormoni che ogni medico può prescrivere.

L'ipofisi emette due tipi di ormoni (FSH e LH) in

quantità diverse. Le ovaie vengono stimolate da questi ormoni e, a loro volta, secernono altri due ormoni: gli estrogeni, più abbondanti nella prima parte del ciclo, contemporaneamente alla maturazione dell'uovo; il progesterone più abbondante nella fase dell'ovulazione, cioè della espulsione dell'uovo dall'ovaia. Esso è responsabile dell'ispessimento della mucosa uterina. Se l'uovo non è fecondato e perciò non va ad annidarsi nella mucosa, in breve tempo si ha una brusca diminuzione della produzione ormonale, che causa la mestruazione.

LA CONTRACCEZIONE

METODO OGINO-KNAUS

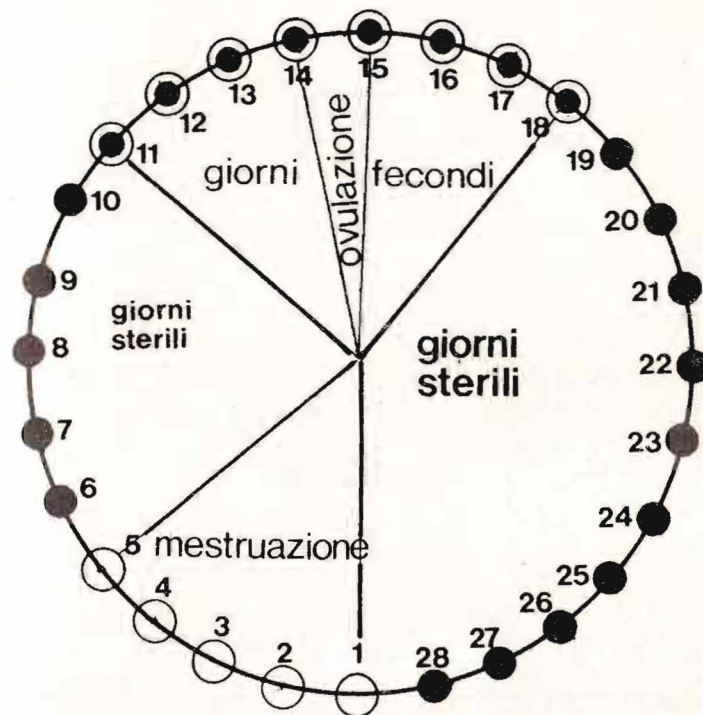
Il metodo Ogino-Knaus offre un grado di efficacia talmente basso da sconsigliarne decisamente l'uso.

COME AGISCE

Questo metodo consiste nel non avere rapporti sessuali durante i giorni fecondi del ciclo.

Se i giorni fecondi sono a metà ciclo, quelli «sicuri» sono quelli subito prima e subito dopo le mestruazioni. Ma quanti sono i giorni fecondi? Occorre infatti sapere che l'uovo vive per 24 ore dal momento dell'ovulazione, e che gli spermatozoi, quando sono penetrati nell'utero, possono sopravvivere per circa 3 giorni. Si arriva perciò a calcolare che i possibili giorni fecondi sono 8, nel caso del ciclo ideale, sempre di 28 giorni.

COME SI USA

Per sapere in quale giorno cominciano nella realtà questi possibili giorni fecondi, durante i quali non si devono avere rapporti sessuali, bisogna prendere nota della durata dei propri cicli mestruali per almeno un

anno. A questo punto si prende il numero dei giorni del ciclo che è risultato più breve e ad esso si sottrae 18, mentre al numero dei giorni del ciclo più lungo si sottrae 11. Il primo numero ottenuto indica il primo giorno fecondo, il secondo l'ultimo dei giorni fecondi, che nella realtà sono più di otto.

CHI NON LO DEVE USARE

Il metodo Ogino-Knaus può essere usato solo da donne che hanno cicli regolari, e se comunque la differenza tra il ciclo più breve e quello più lungo non è superiore ai 7 giorni. Se la differenza è superiore infatti, il periodo fecondo, calcolabile come indicato sopra, può andare dai primi fino agli ultimi giorni del ciclo, non escludendo nemmeno quelli delle mestruazioni.

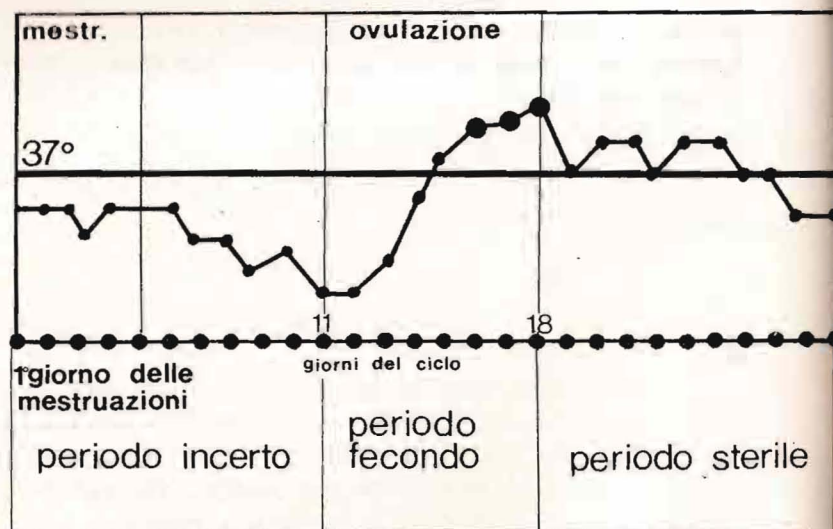
METODO DELLA TEMPERATURA BASALE

Questo metodo consiste nella rilevazione costante della propria temperatura corporea.

COME AGISCE

Nelle ore che precedono l'ovulazione si ha un rialzo della temperatura del corpo. Passati tre giorni dal rialzo della temperatura, il periodo che segue è infecondo fino alla successiva mestruazione.

COME SI USA

Siccome la temperatura del corpo può variare nel corso della giornata, è necessario misurarla ogni mattina al risveglio, prima ancora di alzarsi o di compiere qualsiasi azione. Bisogna quindi annotare la temperatura rilevata.

Usando questo metodo, occorre astenersi dai rapporti sessuali dall'inizio di ogni ciclo fino a tre giorni dopo l'aumento della temperatura.

SICUREZZA

Entrambi i metodi, poichè sono basati su elementi statistici in cui non rientra l'imprevedibilità di un'ovulazione irregolare, non danno nessuna certezza sulla loro sicurezza.

MEZZI CHIMICI E LAVANDE

Lo scopo dei mezzi chimici, o spermicidi, è quello di rendere l'ambiente della vagina meno favorevole alla vita degli spermatozoi. La loro sicurezza è piuttosto bassa, infatti l'indice di insuccesso è intorno al 40 per cento anni donna.

Il loro uso non provoca effetti secondari, e se dovessero fallire lo scopo non ci sono da temere conseguenze per il nascituro. I mezzi chimici possono essere: Spermicidi aerosol, creme e gelatine, supposte e compresse vaginali.

LAVANDE VAGINALI

E' bene sapere che, comunque praticate, le lavande vaginali sono inefficaci.

DIAFRAMMA

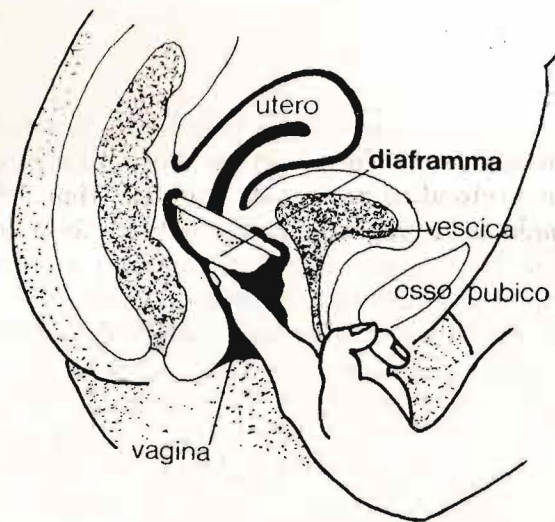
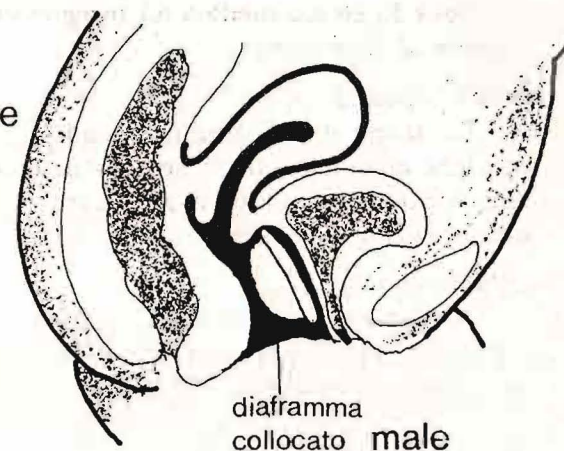
Il diaframma vaginale (o pessario) è un anello flessibile con una sottile cupola di gomma. La misura del diaframma da usare deve essere stabilita caso per caso dal ginecologo, dopo una visita accurata della vagina. E' molto importante che sia della misura giusta.

Sarà lo stesso medico ad insegnarci come inserire e togliere il diaframma.

COME AGISCE

Lo scopo del diaframma è quello di costituire una barriera all'entrata degli spermatozoi nell'utero. Per ottenere questo risultato è necessario usarlo assieme ad una crema spermicida.

COME SI USA

Per prima cosa occorre spalmare su entrambe le parti del diaframma una abbondante quantità di crema. A questo punto lo si inserisce in vagina stringendo

controllo della corretta posizione del diaframma

tra il pollice e l'indice l'anello flessibile o bordo, fino a fargli prendere una forma ovale. Così allungato lo si spinge in profondità nel canale vaginale, fino a fissarlo tra il fondo della vagina e l'osso pubico. Se è correttamente inserito, la sua cupola di gomma copre la cervice uterina e, unitamente alla crema, impedisce il passaggio degli spermatozoi nell'utero: in questo modo non viene neppure avvertito durante il rapporto. Il diaframma non va in nessun caso tolto dalla vagina prima che siano trascorse almeno otto ore dall'ultimo rapporto. Entro le prime cinque ore da quando è stato applicato si possono avere anche più rapporti, mentre dopo le cinque ore è bene aggiungere altra crema in vagina prima del rapporto sessuale.

Per estrarlo, basta introdurre un dito in vagina, agganciare la parte anteriore del diaframma e tirarlo allo esterno.

CHI NON LO DEVE USARE

Per poter usare questo metodo occorre avere una conformazione normale della vagina. Tuttavia per alcune conformazioni particolari esistono diaframmi di forma speciale. Alcuni pessari vengono anzi utilizzati per correggere tali anomalie, o come aiuto in caso di prolasso uterino.

Il diaframma può causare delle difficoltà di natura psicologica: il rifiuto verso questo metodo può essere forte, perchè molte donne non sono abituate a toccare i propri organi genitali.

SICUREZZA

Il diaframma è senz'altro il migliore dei metodi meccanici attualmente a disposizione della donna, che non possa ricorrere ai contraccettivi ormonali.

COSTO

Il costo del diaframma (presso l'AIED) è di 3000 lire, più altre 3000 di visita medica. Il costo delle varie creme spermicide è sulle 2000 lire.

SPIRALI

Le spirali sono anche conosciute col nome di I.U.D., cioè dispositivi intrauterini. Per lo più sono fatte di plastica (alcune hanno parti di metallo) possono avere varie forme e di solito terminano con una o due sottili code di nylon.

COME SI USA

La spirale viene inserita nell'utero della donna da un ginecologo. I fili terminali pendono in vagina, in modo che la donna stessa, introducendo un dito nel canale vaginale, possa rendersi conto se la spirale è al

suo posto. La coda serve anche al medico per l'estrazione. Gli ultimi giorni del flusso mestruale sono il periodo migliore per l'inserimento, sia perchè la cervice uterina è più dilatata, sia perchè si è sicure di non essere gravide.

COME AGISCE

I motivi per cui questo dispositivo impedisce in alta percentuale la gravidanza non sono noti. Probabilmente esso scatena nell'utero reazioni che impediscono la vita, la fecondazione o l'annidamento dell'uovo, o semplicemente ne accelera la discesa dall'utero, prima che sia maturo per annidarsi.

Lo I.U.D. viene particolarmente consigliato alle donne che abbiano avuto almeno una gravidanza: in questo caso l'utero è più dilatato e sopporta meglio un corpo estraneo, e diminuiscono così le possibilità di spiacevoli effetti collaterali.

CHI NON LO DEVE USARE

Il medico si deve accertare se esistono controindicazioni (per esempio: infiammazioni dell'apparato genitale), che sconsigliano l'uso dello I.U.D., almeno fino alla guarigione.

Chi non ha mai avuto una gravidanza, deve tener presente che permane il pericolo di una espulsione spontanea dello I.U.D., specialmente durante le mestruazioni, anche se non è detto che avvenga così in tutti i casi.

In altri casi lo I.U.D. può causare dolorose contrazioni uterine, emorragie, infiammazioni vaginali con perdite, infiammazioni delle tube o delle ovaie tanto da non poterlo più sopportare. Invece non deve spaventare il fatto che le mestruazioni siano in genere più lunghe ed abbondanti.

In media, su 4 donne che ricorrono alle spirali, 3 possono continuare ad usarle per un lungo periodo di

tempo, anche fino alla menopausa, avendo cura di sottoporsi ad una visita di controllo semestrale, o anche più frequente, nel caso che si avvertano disturbi del tipo sopra ricordato.

SICUREZZA

La spirale è uno dei metodi anticoncezionali più efficaci (1-3 per cento di fallimento) a partire dal secondo mese dalla sua introduzione. Nel raro caso che la donna rimanga incinta, il dispositivo non interferisce con la gravidanza e viene espulso insieme al bambino al momento del parto.

COSTO

All'AIED la spesa è di 18.000 lire, comprensive della visita di controllo.

METODI ORMONALI

LA PILLOLA

Si è detto e scritto molto contro la pillola, e a più riprese sono state fatte campagne allarmistiche, basate più spesso su pregiudizi moralistici o religiosi che su reali dati scientifici. Possiamo invece affermare che lo uso della pillola è innocuo, tranne nei casi di gravi disturbi già presenti nell'organismo, di cui parliamo in seguito. L'uso continuato di altri comuni medicamenti, come l'aspirina, può risultare a lungo andare più pericoloso della pillola. Inoltre eventi che siamo abituate a considerare naturali, come la gravidanza, e il parto, portano con sè rischi ben più grossi del trattamento continuato della pillola.

Attualmente la usano circa 20 milioni di donne. La pillola combinata è l'unico metodo che permette a chi

lo desidera di controllare completamente la propria fecondità. Scoperta nel 1956 dal biologo americano Pincus, e via via migliorata durante questi anni, deve la sua efficacia del 100 per cento al fatto che blocca il meccanismo dell'ovulazione.

Ma è bene sapere che «la pillola» può essere di tre tipi: la «combinata» e la «sequenziale», a base di una combinazione di estrogeno e di progesterone sintetici, e la «minipillola» a base di solo progesterone di cui parliamo a parte.

La pillola combinata è quella più usata, perchè è quella più sicura al 100 per cento.

E' fatta di 20, 21 o 22 confetti, identici come composizione.

La pillola sequenziale invece è fatta di due serie diverse di confetti: i primi contengono solo estrogeno, gli

altri una combinazione di estrogeno e di progesterone. Ma attenzione: per questa pillola l'efficacia non è del 100 per cento, anche se resta molto alta (percentuale di insuccesso 1-2 per cento).

Le pillole in commercio possono avere dosaggi diversi, proprio per permettere di eliminare i possibili effetti collaterali che l'ingestione di questi ormoni può provocare. Ma non è detto che sia migliore in assoluto la pillola col dosaggio minore: è il medico che deve stabilire, caso per caso, quale pillola prescrivere, in base all'equilibrio ormonale di chi la dovrà usare.

COME AGISCE

La pillola ricrea nell'organismo della donna condizioni simili a quelle che si hanno durante i mesi della gravidanza.

Una volta che è avvenuto il concepimento infatti, entrano in circolazione degli ormoni che impediscono altre ovulazioni, finchè non avviene il parto. Allo stesso modo, gli ormoni contenuti nelle pillole bloccano l'ovulazione, e producono anche altre reazioni capaci di rendere la gravidanza impossibile. Il muco cervicale diventa denso e impenetrabile agli spermatozoi, la formazione ciclica dell'endometrio risulta bloccata, e aumenta la motilità delle tube. La pillola sequenziale ha di diverso solo il fatto che agisce sul tappo cervicale.

COME SI PRENDE

Abbiamo già visto che la donna, in buone condizioni di salute, che non sia incinta nè allatti, ha un ciclo mestruale di 28 giorni circa. La somministrazione della pillola segue questa durata media del ciclo: si prende 3 settimane si e 1 no, salvo che sulla confezione siano riportate indicazioni diverse. La prima delle 21 compresse si prende il 5° giorno dall'inizio della mestruazione. Le rimanenti 20 compresse si prendono sempre

una al giorno, senza mai saltarne una. Dopo aver preso l'ultima delle 21 compresse, si smette per 7 giorni. In questo intervallo compare un flusso, generalmente meno abbondante e doloroso del normale flusso mestruale, della durata di 3-5 giorni.

Dopo questo intervallo di 7 giorni, indipendentemente dalla comparsa e dalla durata del flusso, si inizia una nuova serie di 21 compresse, e così via per tutto il tempo che si desidera evitare una gravidanza. Anche in questo caso consigliamo comunque di seguire le istruzioni accluse al tipo di pillola che usiamo. Può aiutare la memoria sapere che se ad esempio si comincia a prendere la pillola una domenica, si inizierà la nuova serie sempre di domenica.

La pillola va sempre presa circa alla stessa ora. Ad esempio prima di andare a letto, per mantenere costante il livello degli ormoni introdotti nell'organismo, e per ricordarsi più facilmente di prenderla.

Se si salta una pillola, se ne possono prendere due il giorno seguente (una al mattino e una alla sera). Se la si dimentica per più di 2 giorni, e si è verso la fine del ciclo è meglio sospenderla, aspettare il flusso che compare entro 3-5 giorni dalla sospensione, e quindi riprendere normalmente; se si è ancora all'inizio del ciclo è meglio continuare, tenendo però presente che la sicurezza contraccettiva è minore.

Non è necessario sospendere la pillola in caso di malattie (influenze e simili). In caso di malattie più gravi invece chiedete consiglio al vostro medico.

L'effetto contraccettivo inizia dalla prima pillola e dura anche nei giorni d'intervallo.

Per quanto tempo di seguito si può prendere la pillola?

Non è consigliabile prenderla a «singhiozzo»: 6 mesi si ed 1 no, ad esempio.

Tuttavia al momento attuale delle conoscenze scientifiche crediamo sia meglio non prenderla per più di 2 anni consecutivi. Il periodo di sospensione deve essere di almeno 2 mesi, in modo da permettere all'organismo di riprendere il suo ritmo naturale, ovulazione compresa. Le prime mestruazioni possono comparire in ritardo, ma in ogni caso la fecondità viene ristabilita entro breve tempo. E' falso che le gravidanze che si verificano dopo che si è usata la pillola siano gemellari, e non è neanche vero che la menopausa venga anticipata.

CHI NON LA DEVE USARE

Per la pillola c'è bisogno della ricetta medica. Quindi sottoporsi ad una visita medica generale prima di cominciare l'uso della pillola non solo è necessario, ma è anche molto importante per la propria salute e tranquillità. Esistono infatti delle precise controindicazioni per l'uso della pillola, e il medico è in grado di riconoscerle. Non deve prendere la pillola chi soffre dei seguenti disturbi:

— Gravi disturbi circolatori (tromboflebiti o tendenza a fenomeni tromboembolici)
— Gravi disturbi al fegato (epatite in atto o recente, cirrosi, stati itterici)
— Presenza o sospetto di tumori al seno o ai genitali.
— Perdite di sangue al di fuori delle mestruazioni.

Chi invece soffre o ha sofferto dei seguenti disturbi, può prendere la pillola, ma solo sotto stretto controllo medico e con periodiche analisi di laboratorio:

Frequenti emicranie, alta pressione arteriosa, vene varicose, asma, epilessia, qualche significativo disturbo psichico, diabete.

A questo punto una donna è in grado di stabilire da sola se può prendere la pillola. Questo può aiutare a sostenere la propria decisione col ginecologo che deve rilasciare la ricetta: infatti la sua disponibilità a prescriverci la pillola molto spesso non dipende da ragioni mediche, ma da una sua presa di posizione sul problema dei contraccettivi.

Per una maggiore sicurezza si può richiedere un attento esame del seno, del sangue e delle urine, da ripetersi eventualmente periodicamente.

EFFETTI COLLATERALI

L'uso della pillola, almeno nei primi mesi, può dare alcuni disturbi, che tuttavia non sono tali da consigliarne la sospensione: un lieve aumento del seno, un senso di gonfiore alla pancia, nausea, perdite bianche più abbondanti del solito, o perdite di sangue. Diverse donne inoltre in periodo intermestruale denunciano mutamenti dell'umore e il calo o l'aumento del desiderio sessuale.

SICUREZZA

L'efficacia della pillola combinata come metodo anticoncezionale è assoluta.

Una donna, che non presenta nessuna delle controindicazioni che abbiamo indicato, può adottare con tranquillità questo metodo.

COSTO

Il costo della pillola varia dalle 1100 alle 1500 lire per un blister (serie di confetti per un mese); si risparmia qualcosa acquistando le confezioni da 3 o da 6 blisters. Le pillole combinate più usate sono: Anovlar, Eugynon, Lyndiol, Regovar, Reglovis, Evanor, ecc. Quelle a più basso dosaggio: Novogyn, Evanor-d. Quelle sequenziali: Fisiosequil e Sequentex.

LA MINIPILLOLA

La differenza fondamentale tra la pillola (combinata o sequenziale) e la così detta «minipillola» è che que-

st'ultima è composta da uno solo dei due ormoni contenuti nella pillola: il progesterone. Poichè l'estrogeno è assente e il contenuto di progesterone è molto basso, l'ovulazione non viene bloccata e quindi l'intero equilibrio ormonale dell'organismo femminile non è alterato.

Per questo può anche essere usata da donne in puerperio che desiderano allattare: il suo uso non fa cessare la produzione del latte.

COME AGISCE

La minipillola agisce solamente a livello del tappo mucoso cervicale.

Abbiamo già visto che la fase che va dalla fine di una mestruazione all'ovulazione è dominata dagli estrogeni che, tra le altre funzioni, hanno anche quella di rendere più facile il passaggio degli spermatozoi attraverso la cervice, modificandone la viscosità e la larghezza. Nella seconda parte del ciclo invece, sotto l'azione predominante del progesterone, la cervice si restringe e il muco diventa più spesso, tale da rendere difficile il passaggio degli spermatozoi. Con la minipillola si apporta all'organismo una quantità di progesterone capace di formare un tappo mucoso impenetrabile agli spermatozoi anche nella prima parte del ciclo.

COME SI PRENDE

La minipillola va presa tutti i giorni, senza interruzioni nemmeno durante il flusso.

CHI NON LA DEVE USARE

Poichè la minipillola agisce soltanto a livello locale, le controindicazioni sono minori, tanto da farne un metodo consigliabile alle donne che non possono prendere la pillola per ragioni mediche.

In particolare va bene per le ragazze molto giovani, in cui è meglio non bloccare l'ovulazione, dato che i cicli mestruali sono appena iniziati e l'organismo è, per così dire, ancora in una fase «di rodaggio». Anche per la minipillola occorre la ricetta medica.

EFFETTI COLLATERALI

Si possono spesso verificare alterazioni del ciclo mestruale che possono essere perdite ematiche o amenorrea. Se questi disturbi non cessano, ma anzi si intensificano, è meglio rivolgersi al ginecologo, che potrà ordinare la sua sospensione.

SICUREZZA

La minipillola è entrata in uso da poco tempo. Per questo i dati sulla sicurezza sono a volte contrastanti. Comunque è accertato che non è sicura come la pillola combinata, la sua percentuale di insuccesso varia tra l'1 e il 3 per cento, a seconda del tipo e della quantità di progesterone usato.

COSTO

La minipillola in commercio in Italia è il Demovis, che costa sulle 1200 lire.

ALTRI METODI ORMONALI DI USO MENO COMUNE

INIEZIONE A DEPOSITO

Blocca l'ovulazione per un periodo piuttosto lungo.

L'iniezione può essere mensile o trimestrale, e va fatta entro il quinto giorno del flusso mestruale.

L'iniezione a deposito agisce come la pillola, con la differenza che la dose di ormoni iniettata ha effetto per più tempo, e libera quindi dalla necessità di prendere una pillola ogni giorno. Il ciclo mestruale risulta però

molto alterato, e l'effetto non si interrompe bruscamente dopo che sia esaurita l'azione antiovulatoria, ma spesso l'infecondità prosegue per parecchio tempo dopo la sospensione, impendendo l'instaurarsi di eventuali gravidanze desiderate.

Si possono avere i soliti effetti collaterali legati all'assunzione di ormoni, quali nausee, emicranie, tensione al seno, ecc., con l'aggravante che la loro durata non è immediatamente controllabile (come con la pillola che se dà troppi disturbi si può smettere di prendere) ma dura finchè permane l'effetto dell'iniezione.

Il nome del prodotto più usato in Italia è: Depo-provera (costo: 1600-2500)

LA «PILLOLA DEL GIORNO DOPO»

Si dà questo nome a un tipo di pillole da usare dopo un rapporto senza precauzioni, avvenuto nel periodo considerato fecondo. L'efficacia di questo tipo di pillole sembra buona, ma poichè il dosaggio degli estrogeni in esse contenuto è molto alto, se ne può fare un uso molto limitato, in casi di assoluta emergenza.

Le compresse di questo tipo di pillole vanno prese per cinque giorni, cominciando almeno entro 36 ore dal rapporto, meglio se entro 24.

E' necessaria la ricetta medica. I nomi dei prodotti in commercio sono: Tace, Premarin, Ethinilestradiolo, Estril. Il prezzo va dalle 1100 alle 1800 lire. Attenzione: se il metodo non ha effetto, bisogna in ogni caso interrompere la gravidanza, perchè è stato dimostrato che lo alto dosaggio ormonale ha conseguenze sul neonato femmina: alla pubertà si sviluppano tumori alla vagina.

STERILIZZAZIONE

La sterilizzazione è un intervento chirurgico, che

può essere praticato sia sull'uomo che sulla donna.

Sull'uomo si interviene a livello dei canali deferenti. L'operazione è molto semplice e può essere eseguita in ambulatorio con anestesia locale. Dopo l'intervento occorre fare attenzione per almeno 3 mesi, perchè il liquido emesso durante l'eiaculazione contiene ancora spermatozoi residui e quindi è ancora in grado di fecondare l'ovulo. In rarissimi casi riesce l'intervento opposto (riallacciamento dei canali deferenti).

Sulla donna l'intervento prende il nome di legatura delle tube.

Abbiamo già visto (vedi Genitali femminili) che dall'utero partono due sottili tubicini che lo collegano con le ovaie: sono le Tube (o salpingi o trombe di Falloppio). L'interruzione delle tube si fa mediante un intervento chirurgico, che comporta l'incisione della parete addominale, in cui le tube vengono tagliate e le loro estremità legate. Questa operazione richiede l'anestesia generale e di conseguenza il ricovero ospedaliero. Come difficoltà e tempo di degenza si può paragonare a un intervento di appendicite.

In Italia la sterilizzazione (maschile e femminile) è vietata dalla legge.

VOCABOLARIETTO

Amenorrea:
assenza del regolare flusso mestruale. Può essere dovuta a cause fisiologiche (allattamento-gravidanza-menopausa), o può essere il segno di qualche malattia.

annessite:
(o salpingoovarite) infiammazione degli annessi uterini (tube e ovaie). Si manifesta con dolori al basso ventre e irregolarità mestruali.

annessectomia:
intervento chirurgico col quale si asportano una o entrambe le ovaie. Se ne viene asportata una sola (annessectomia monolaterale) si hanno ancora regolari cicli mestruali e sono possibili altre gravidanze. Se vengono asportate entrambe (annessectomia bilaterale) si ha la cessazione delle mestruazioni, sterilità e i disturbi della menopausa.

biopsia:
prelievo di uno o più tessuti (dal collo uterino, dalle pareti uterine e dalle ovaie) per sottoporlo a esame istologico (vd. esame istologico).

cervicite:
infiammazione della cervice, o collo uterino. Si manifesta con perdite bianche e talvolta dolori lombari (i cosiddetti dolori «di reni»).

colposcopia:
esame del collo uterino praticato con un apparecchio che, ingrandendo notevolmente le immagini, permette di osservare gli strati superficiali del collo uterino. Serve per diagnosticare tumori del collo uterino nel loro stadio iniziale, quando sono ancora operabili.

diatermocoagulazione:
è la cosiddetta «bruciatura» delle erosioni cervicali

(piaghette sul collo dell'utero). Si tratta di un breve intervento pressocchè indolore (non serve l'anestesia), che si esegue in ambulatorio, toccando le zone erose con una piccola sfera metallica attraverso cui passa calore. Prima di procedere a questo intervento è sempre opportuno eseguire lo striscio istologico (vd. Pap-test).

endometrite:
infiammazione della parte interna dell'utero, o endometrio. E' frequente dopo aborti; si manifesta con perdite di sangue irregolari.

episiotomia:
taglio che viene praticato dal medico (al momento dell'espulsione della testa del feto) sull'estremità esterna della vagina, per evitare che venga lacerata. Oltre a facilitare il parto, è il miglior mezzo per evitare in seguito il prolasso uterino (vd. prolasso).

erosione cervicale:
è la cosiddetta «piaghetta» sul collo dell'utero. Si tratta di una forma di cervicite (vd. cervicite). Si può curare con ovuli cicatrizzanti, ma di solito è necessario ricorrere alla diatermocoagulazione (vd. diatermocoagulazione)

esame istologico:
esame miscroscopico che viene eseguito sui tessuti asportati con una biopsia (vd. biopsia), un raschiamento (vd. raschiamento) o un intervento chirurgico, per fare diagnosi esatte.

isterosalpingografia:
radiografia che si esegue in caso di sterilità, per vedere la forma della cavità uterina e la pervietà delle tube (cioè la loro funzionalità).

isterectomia:
asportazione chirurgica dell'utero. Viene comunemente detta «totale» perchè viene tolto tutto l'utero (a

differenza di quelle «subtotali» con cui si asporta solo il corpo uterino lasciando il collo). A seconda dei casi l'intervento può essere eseguito con una incisione sull'addome oppure attraverso la vagina (quindi senza cicatrici visibili). Dopo questo intervento cessano le mestruazioni e non si possono avere gravidanze. Se non vengono asportate le ovaie, non si hanno i disturbi della menopausa.

laparotomia:
apertura della parete addominale.

leucorrea:
perdite bianche; è il primo segno di una vaginite o di una cervicite (vd. vaginite e cervicite).

metrite:
infiammazione di tutto l'utero (parete interna e muscolatura). Può essere causata da un aborto o da un parto.

menorragia:
alterazione delle mestruazioni, caratterizzata da un aumento della quantità, della durata del flusso mestruale.

metrorragia:
abbondante perdita di sangue al di fuori del normale ciclo mestruale

perimetrite (*o pelvi-peritonite*):
infezioni del tessuto che sta intorno all'utero. Si manifesta con forti dolori.

prolasso uterino:
dopo un parto oppure in età avanzata si può avere il prolasso, cioè la discesa del collo uterino in vagina. A volte può anche essere visibile all'esterno della vagina stessa: venendo a contatto con gli indumenti è soggetto a frequentissime infezioni. Questo disturbo può essere evitato come l'episiotomia (vd. episiotomia).

raschiamento:
intervento eseguito in anestesia col quale si asporta, per mezzo di un piccolo cucchiaio, la mucosa che ricopre la parte interna dell'utero. Può essere fatto per fermare delle perdite di sangue molto abbondanti (raschiamento terapeutico), oppure per asportare del materiale da sottoporre a esame istologico (vd. striscio istologico).

spermiogramma:
esame microscopico che si pratica sullo sperma per vedere il numero degli spermatozoi, la loro motilità e le loro caratteristiche.

stillicidio ematico:
piccole perdite di sangue al di fuori del flusso mestruale.

salpingite:
infiammazioni delle tube. Si manifesta con dolori piuttosto forti al basso ventre. Può essere curata con antibiotici, ma qualche volta è necessario ricorrere a un intervento chirurgico, col quale si asporta la tuba malata.

striscio:
è l'esame che viene praticato strofinando l'estremità di una spatola sulla cervice uterina. Può essere batteriologico o istologico.

striscio batteriologico:
è quello che viene eseguito per vedere quale germe o fungo causa una vaginite o una cervicite (vd. cervicite - vaginite).

striscio istologico (*o Pap-test*):
è quello fatto per vedere se non vi siano alterazioni tumorali a livello del collo dell'utero.

sterilità:
incapacità di concepire. Al contrario di quanto si pensa comunemente, la «colpa» del mancato concepi-

mento non è sempre della donna, ma spesso è dell'uomo. Perciò gli esami per chiarire le cause vanno fatti da entrambi tenendo ben presente che sono molto più semplici e indolori quelli effettuati sull'uomo.

tampax:

nome commerciale di un tipo di assorbente interno comunemente usato. Si tratta di cotone idrofilo pressato, che viene inserito profondamente in vagina. Se la vagina è perfettamente sana (priva di infezioni) in genere non dà alcun disturbo. Lo può usare anche chi non ha avuto rapporti sessuali.

vaginite:

infiammazione della vagina che si manifesta con perdite bianche, bruciore e prurito. E' molto importante una diagnosi esatta (con lo striscio batteriologico) perchè la terapia varia notevolmente a seconda del germe o fungo in causa. E' quasi sempre opportuna una terapia anche per l'uomo, perchè anche se non lamenta disturbi è anche lui portatore del germe in causa, che si trasmette con il rapporto sessuale.

(Dall'opuscolo «Anticoncezionali dalla parte della donna» del gruppo femminista per una medicina delle donne).

IL METODO KARMAN

Le pagine che seguono sono state scritte da uno dei gruppi di praticanti del metodo Karman in Italia.

Sono spiegazioni tecniche sull'aspirazione: come si fa, quali sono gli strumenti necessari e dove si possono trovare, quali sono le possibili complicazioni, ecc. E' evidente che la lettura di queste pagine NON SERVE ad imparare il metodo Karman o ad eseguirlo, e può solo essere una indicazione di massima, un inizio di diffusione di informazioni e nozioni tecniche utili non solo a chi vuole imparare ad eseguire l'aspirazione, ma alle donne in generale. Per imparare ad eseguire il metodo Karman si può anche andare in Francia (o in America), e ci vogliono comunque due-tre mesi di esperienza per praticarlo con sicurezza. E' più difficile imparare a riconoscere i vari tipi di utero, a fare una visita pelvica, a scartare i casi rischiosi (p. es. fibroma o malformazioni gravi dell'utero) che imparare ad eseguire l'aspirazione in sè: per questo è necessaria una visita ginecologica prima e dopo l'intervento; le donne «difficili» possono essere indirizzate a Londra — il MLD organizza i viaggi in gruppo — o comunque da un medico. Pur nella clandestinità vogliamo offrire alle donne la massima sicurezza possibile, e la massima tranquillità psicologica. Questo vuol dire che le donne devono essere costantemente informate di tutto quello che accade, e che si chiede la loro partecipazione e collaborazione in tutto; che si fanno riunioni prima e dopo (v. 3 storie d'A.) possibilmente con donne che hanno già subìto un aborto col metodo Karman; che si fornisce loro un'informazione sugli anticoncezionali adeguata o le si indirizza dove possono averla; che ogni donna va in qualche modo seguita singolarmente, cioè deve sempre sapere a chi rivolgersi e come comportarsi per ogni evenienza dopo l'intervento.

Queste sono condizioni irrinunciabili per la nostra azione.

IL METODO KARMAN

Messo a punto in una comune popolare cinese è questo uno dei frutti del rifiuto da parte dei cinesi di utilizzare la scienza borghese così come essa è e del concetto sviluppatosi nel corso della rivoluzione culturale di una scienza che nascendo dal basso risponda alle esigenze del popolo e non agli interessi dei tecnici che come nella società capitalistica usano la scienza per il proprio potere. E' infatti un metodo creato per la donna e non per il ginecologo, circa 14 anni fa è stato perfezionato da Karman (psicologo) con l'introduzione dell'uso di materiale in plastica, semplice, sicuro, facile da usare e concepito in modo da non impressionare la donna: lei stessa ne capisce facilmente l'uso partecipando attivamente all'intervento. E' praticato da molti anni in molti paesi (Cina, America, Inghilterra, Yugoslavia). L'esperienza ha provato che è da preferirsi alla dilatazione e al raschiamento, infatti rispetto a quest'ultimo l'intervento è rapido, semplice e poco doloroso, le perdite di sangue sono poche, le emorragie secondarie sono minime, la dilatazione del collo dell'utero di solo 8 ml. e questo elimina il rischio che esso rimanga dilatato (come può avvenire col raschiamento), cosa che causa frequentemente parti prematuri nelle successive gravidanze. La cannula di plastica non raschia la mucosa uterina, come la curette del raschiamento) e questo limita il rischio di aderenze fra le pareti uterine che impediscono lo sviluppo dell'embrione nel corso di una successiva gravidanza. L'assenza di anestesia generale fa si che l'intervento possa essere eseguito da chiunque anche al di fuori delle strutture ospedaliere e dà alla donna la possibilità di partecipare attivamente. Il prezzo dell'intervento è dunque molto basso data la minima quantità di attrezzatura che esso richiede.

I limiti di questo metodo sono essenzialmente limiti di tempo: *il metodo Karman si applica infatti a partire dalla settima settimana* (perchè prima il collo è contratto e difficile da dilatare) *fino alla decima settimana per la donna che non ha mai avuto figli, e fino all'undicesima per quella che ne ha già avuti.*

N.B.: particolare attenzione va fatta al metodo di contare le settimane: *si cominciano a contare le settimane partendo dal primo giorno dell'ultima mestruazione.* Un'eventuale errore nel calcolo delle settimane è l'unica vera complicazione del metodo, in quanto se si è al di fuori del periodo in cui è possibile usarlo si corre il rischio di non poter terminare con l'aspirazione e di dover ricorrere a un ospedale per il raschiamento.

ACCERTAMENTO DELLA GRAVIDANZA

Le donne possono rapidamente essere sicure esse stesse se sono incinte con dei test che si comprano in farmacia senza ricetta medica (sono molto semplici da usare leggendo le istruzioni in essi incluse). Alcuni test vi dicono se siete incinte dopo solo 5 giorni di ritardo dal giorno in cui aspettavate le mestruazioni (CONFIDELLE) altri soltanto dopo 9 giorni dal giorno in cui aspettavate le mestruazioni (PREDICTOR).

Sapendo presto di essere incinta la donna evita di entrare in contatto col gruppo, che pratica l'aborto, con l'acqua alla gola, costringendolo ad intervenire in fretta senza che si sia instaurato quel rapporto di comprensione e amicizia reciproca che è la condizione più importante perchè tutto si svolga bene e senza complicazioni.

VISITA GINECOLOGICA

Per essere sicuri di non trovarsi di fronte a situazioni impreviste al momento dell'aborto occorrono poche ma sicure notizie sulle settimane di gravidanza e sull'apparato genitale della donna. Fondamentale è sapere se l'utero sia di forma e posizione normale, se ci sia un'infezione al collo dell'utero oppure un fibroma (vedi par. «controindicazioni» e par. «cosa si deve fare dopo l'aborto»). Ciò implica la necessità di trovare dei ginecologi disposti ad effettuare tale visita o che qualcuno del gruppo la sappia effettuare. In questo momento infatti è difficile trovare dei ginecologi disposti a dare questo tipo di informazioni per la prevenzione che essi hanno nei riguardi dell'aborto. In ogni caso la donna può richiedere una semplice visita ginecologica senza dire che ha deciso di abortire. La donna riferirà le notizie ricevute dal ginecologo al gruppo che deciderà quello che si deve fare. E' anche possibile che alcuni del gruppo, medici o no, impa-

rino a fare un esame vaginale per accertare almeno la posizione dell'utero, introducendo l'indice e il medio della mano destra fino a trovarsi sotto al collo del utero, spingendolo verso l'alto e sentendo con la punta delle dita della mano sinistra premute sull'addome la posizione dello utero stesso che si palpa subito sotto la pelle.

Altri accertamenti riguardano il fattore RH; queste analisi si possono richiedere a qualunque laboratorio; se l'RH è positivo non c'è problema, se è negativo vedi nel par. «cosa fare dopo l'aborto». Anche per la ricerca del fattore RH (come per la visita ginecologica) è bene che il gruppo abbia la possibilità di effettuare esso stesso questa analisi.

Esistono infatti dei reagenti in fialette che danno la possibilità di stabilire il fattore RH (vedi par. «materiale»). Così si può rimediare nel caso che una donna non abbia potuto fare l'analisi e debba abortire subito.

MATERIALE

STRUMENTI:

SONDE (dilatatori e isterometri) di caucciù, flessibili, di diametro progressivamente crescente e numerate dal numero 10-12 fino al 24-26. Servono a dilatare dolcemente il collo dell'utero (canale di passaggio tra la vagina e l'utero), essendo di gomma evitano il rischio di una perforazione perchè una volta arrivato al fondo dell'utero si ripiegano su se stesse; permettono anche di misurare la grandezza dell'utero grazie a delle linee che vi sono disegnate sopra. Per il momento non è posssibile trovarle in Italia per cui bisogna procurarsele per mezzo del MLAC: in Francia si è costituita in questi giorni una segreteria per i contatti, gli aiuti e le informazioni con i gruppi che intendono praticare l'aborto in Italia.

MLAC centrale: 34, Rue Vieille du Temple - Parigi tel. 2787038.

TUBO per contenere le sonde; il tappo di questo tubo che è in plastica si può aprire per introdurvi delle compresse di *triossimetilene*: queste servono per la sterilizzazione delle sonde stesse. Dopo ogni intervento le sonde vanno lavate accuratamente con sapone e acqua, asciugate e riposte nel tubo; la sterilizzazione avviene in 48 *ore circa*. Si scrive su un cerotto attaccato al tubo l'ora e la data in cui il tubo è stato chiuso: in questo modo dopo due giorni le sonde sono di nuovo pronte, sterilizzate, per l'uso.

SPECULUM in metallo o in plastica: serve per tenere aperte le pareti della vagina in modo che sia visibile il collo dell'utero che sta in fondo. In questo modo si possono introdurre tutti gli strumenti. Lo speculum in plastica costa molto poco ma ha il difetto di rompersi facilmente, anche se è meno traumatizzante di quello di metallo.

Una PINZA DI POZZI-PALMER che presenta all'estremità due punte contrapposte: si introduce una delle due punte nell'orificio esterno del collo dell'utero, spostandola sul bordo dell'orificio stesso, con l'altra si fissa il collo dell'utero; chiudendola questa tiene fisso il collo che altrimenti tenderebbe a ritrarsi.

Una PINZA DI BOZEMAN con le estremità piatte per prendere delle compresse di garza sterili e pulire il collo dell'utero; serve anche (perciò è indispensabile) per afferrare dei pezzi di placenta che si presentino appena fuori dell'orificio esterno del collo dell'utero che non possono venire aspirati con la cannula.

SCATOLA PER STRUMENTI METALLICI per la sterilizzazione degli strumenti in metallo; si fa come per le sonde, ma nella scatola apposta.

ASPIRATORE: serve per fare il vuoto in un boccale collegato mediante un tubo di plastica preferibilmente trasparente alla cannula per l'aspirazione. Ne esistono di appositamente costruiti in vendita ma tutto può servire allo scopo, per es. un motore elettrico, una pompa a acqua come si usa nei laboratori. Il *sistema più pratico* consistente in una pompa da bicicletta (molto grande) la cui membrana interna sia stata sostituita con una membrana in caucciù, messa in posizione inversa rispetto alla membrana originale e collegata mediante un tubo in plastica al boccale.

CANNULA DI KARMAN: in plastica flessibile, con l'estremità arrotondata e provvista di due fori tagliati ad angolo in modo da creare all'estremità una superficie che permette un leggero raschiamento. Ne esistono di due tipi, numero 6 e numero 8: con la num. 8 l'aspirazione è più veloce, la num. 6 si usa invece quando la num. 8 non passa attraverso il collo dell'utero e anche per terminare l'aspirazione dopo aver usato la num. 8.
Anche per le cannule si può cercare di farle arrivare attraverso il MLAC e per quanto si dovrebbero usare una volta sola il MLAC che le ha usate in migliaia di casi da più di un'anno, le riutilizza di nuovo dopo averle sterilizzate, come per le sonde.
Si trovano solo a Londra, al Laboratory Rocket of London, Imperial Way, Watford, G.B.

ALCOOL + ASSORBENTI + COTONE IDROFILO + GARZE STERILI + SIRINGHE IN PLASTICA GETTABILI.

MEDICINE:

BUSCOPAN fiale serve per rilasciare la muscolatura liscia dell'utero; previene il dolore intenso.

ATROPINA fiale da un quarto e da mezzo mg. ha un effetto simile al Buscopan e inoltre aumenta la forza delle contrazioni del cuore e la frequenza stessa dei battiti cardiaci.

VALIUM fiale, ha come effetto di calmare uno stato di forte ansia ed è quindi consigliabile solo in quei casi in cui la donna, nonostante la preparazione avuta col gruppo, sia molto agitata da far temere reazioni impreviste.

METHERGIN fiale subito dopo l'aborto è usata nei casi di emorragie, meglio se endovena. Serve per una rapida ed energica contrazione dell'utero, e permette quindi di arrestare le emorragie. Nei casi in cui l'emorragia sia dovuta ad una ritenzione di residui placentari (aborto che non si è potuto terminare per gravidanza avanzata) sarebbe meglio il SINTOCYNON 5 unità fiale, perchè mentre con la *Methergin* si contrae anche il collo dell'utero, con il *Sintocynon* ciò non avviene, ed è anche favorita la

espulsione di residui placentari.

METHERGIN GOCCE, da prendere dopo l'aborto come prevenzione delle emorragie.

CALCIO fiale, endovena iniezione lenta, nei casi di tetania (contrazione spastica dei muscoli, specie della mano, che la donna non riesce più ad aprire: dovuta ad ipereccitabilità emotiva).

IDROCORTISONE (FLEBOCORTID) si usa nei casi di shock emorragico.

ANTIBIOTICI nei casi in cui si sia visto che l'orificio esterno del collo dell'utero presenti una zona circolare rossa tutt'intorno, segno di infezione. Si possono usare i derivati della penicilina, cioè l'AMPICILLINA (AMPLIUM oppure PIVATIL).

FIALETTE CON REAGENTI PER RH.

GAMMA-GLOBULINE ANTI-D. RHESUMAN della Berna (più economico); da effettuare entro 72 ore dall'aborto, se l'RH della donna è negativo e quello del suo partner positivo o sconosciuto.

Tutte queste medicine, tranne il Buscopan, si possono acquistare in farmacia solo dietro ricetta medica che difficilmente un medico qualsiasi farà. Bisogna quindi mettersi in contatto con dottori che vogliano fare la ricetta e anche con studenti di medicina che possano procurarselo guatuitamente. L'importante è stabilire dei canali dove il rifornimento possa essere continuo, soprattutto per la *Methergin* e l'*Atropina* che si utilizzano continuamente; questa maniera di procurarsi il materiale vale anche per gli strumenti in metallo.

DISINFETTANTI

BETADINE soluzione (acquistabile senza ricetta in farmacia), non irrita i tessuti e si usa per disinfettare il collo dell'utero prima e dopo l'aborto. Si usa pure passare ogni strumento di plastica e di metallo con una garza imbevuta di Betadine per eliminare residui di triossimetilene (visibili come patina biancastra sugli strumen-

ti) che possono irritare la vagina e il collo dell'utero (tranne nel caso in cui si sia usato Aeryl G 6, vedi poi) Betadine si usa diluita 1: 10 con acqua distillata.

COMPRESSE DI TRYOXIMETILENE o Formolo, per sterilizzare gli strumenti.

AERYL «G 6» soluzione concentrata; distrugge praticamente tutti i microbi. E' molto utile perchè permette di usare più volte gli stessi strumenti senza dover aspettare 48 ore come col Trioximetilene. Si diluiscono 10 CC di Aeryl G 6 in un litro di acqua distillata e vi si lasciano gli strumenti ben lavati per 10 minuti: la sterilizzazione è fatta.

In Italia: BERGAMON ALFA soluzione in vendita dappertutto.

A Parigi si compra al CENTRE DE RECHERCHE MEDICALES ET SCIENTIFICHES, 87 Boulevard du Montparnasse, 75006 PARIS - tel. 54.88.374.

MATERIALE ANNESSO

TORCIA portatile con lampadine e pile di ricambio; serve per illuminare il collo dell'utero se non c'è una lampada portatile e non si trovi un posto per piazzarla. La torcia può essere tenuta da chi assiste; in questo modo potrà seguire molto bene tutte le operazioni all'interno della vagina e imparare. Serve anche se dovesse mancare la luce.

UNO SPECCHIO, permette alla donna che abortisce di vedere la propria vagina e il collo dell'utero; ciò è estremamente importante perchè la donna può conoscere la sua anatomia interna e liberarsi dal complesso di dover pensare ai suoi organi come a qualcosa di misterioso e in fondo di sporco; in questo modo può anche capire e seguire meglio l'intervento.

UN PASSINO (colino) grande in metallo; serve per esaminare ciò che si è aspirato nel boccale versando in esso il contenuto e facendovi scorrere sopra dell'acqua: il sangue coagulato cola via e rimangono solo residui di membrana, di placenta e di embrione.

CHE COSA DEVE PORTARE OGNI DONNA CHE DEVE ABORTIRE.

2 SIRINGHE DI PLASTICA MONOUSO
2 SCATOLE DI COMPRESSE DI GARZA STERILI, ciascuna in confezione unica.
1 FLACONE DI ACQUA DISTILLATA
1 FLACONE DI ALCOOL A 90°
1 PACCHETTO DI COTONE IDROFILO
1 PACCHETTO DI ASSORBENTI
1 FLACONE DI BETADINE
1 ASCIUGAMANO PER TOILETTE

IL LUOGO SCELTO PER L'ABORTO può essere la casa o di una delle donne che devono abortire o di uno del gruppo che pratica l'aborto. Importante è avere un tavolo, coperte, cuscini, un foglio di plastica, una fonte di illuminazione mobile, un lavandino con acqua corrente. E' anche importante avere la certezza di non essere disturbati: ogni 2 o 3 volte sarebbe preferibile cambiare la casa; il numero delle persone presenti deve essere basso.

I° CONTATTO COL GRUPPO: è questo il momento in cui comincia l'intervento vero e proprio, nel senso che la donna parlando con chi la farà abortire, sentendo il racconto di donne che hanno già abortito, vedendo le altre che abortiranno insieme a lei, si libera dal senso di colpa e dalla paura dell'intervento. A questo punto la donna prende coscienza di sè, del perchè è costretta ad abortire, si rende conto del carattere sociale della sua condizione, vedendo che come lei si trovano tante altre donne ed è qui che può comprendere il significato politico dell'azione del gruppo: non quello di sostituirsi alle istituzioni aprendo cliniche per aborti o diventare un centro di assistenza sociale ma di fare in modo che il maggior numero possibile di donne prenda coscienza del proprio stato.

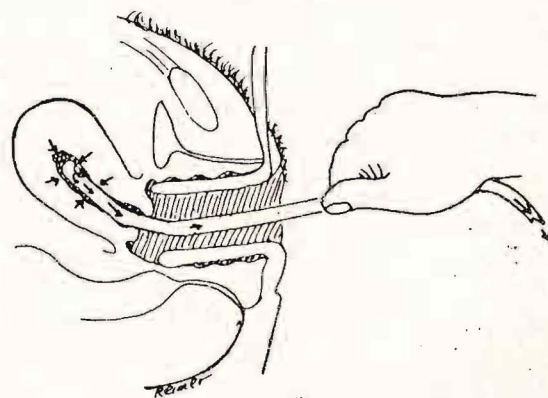
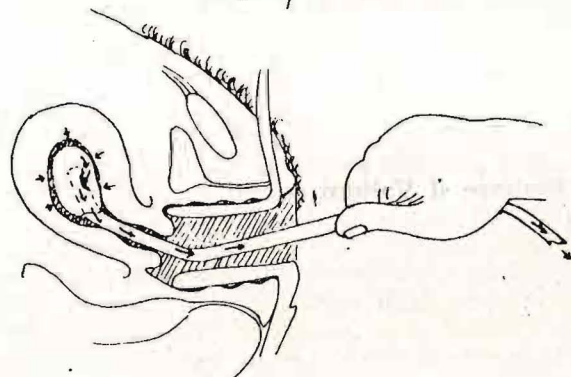
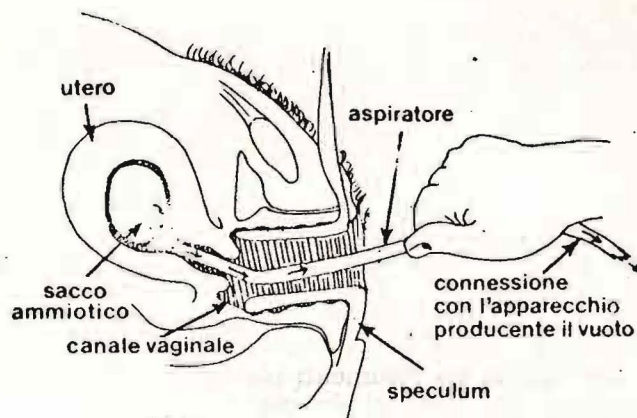
L'INTERVENTO

Nel giorno stabilito ci si incontra dunque nel luogo dell'appuntamento e si va insieme alla casa. Lì, prima di

preparare qualunque cosa è molto importante parlare di nuovo con le donne che devono abortire per farle sentire a loro agio completamente e per chiarire loro eventuali dubbi o paure che fossero rimaste dopo il primo incontro. Questo è un momento fondamentale sia come preparazione psicologica all'intervento sia soprattutto per il significato politico che riveste. A questo punto tutti insieme si comincia a preparare: sul tavolo, sufficientemente grande, si mettono coperte e cuscini in modo che la donna sia perfettamente comoda. Si fissa la lampada, (può anche essere tenuta da chi assiste), si mettono alla estremità del tavolo una sedia per chi pratica e un'altra per appoggiarvi gli strumenti metallici; è necessario che ai piedi di chi pratica ci sia una bacinella per gettarvi le compresse di garza utilizzate.

Le sonde saranno passate una alla volta da un assistente. 15 minuti prima dell'intervento si praticano alla donna da 0,25 a 0,5 mg. di Atropina e 20 mg. di Buscopan (in una sola iniezione). Se la donna è particolarmente agitata, si possono praticare 10 mg. di Valium ma è meglio limitare il Valium a casi veramente indispensabili. Trascorsi 15 minuti la donna si sdraia sul tavolo in posizione ginecologica (non è necessario che stia completamente distesa sul tavolo). Dopo la disinfettazione della parte esterna degli organi genitali con compresse imbevute di Betadina si introduce delicatamente lo speculum e lo si ferma in modo che si veda il collo dell'utero. Se vuole, la donna può eseguire lei stessa l'operazione di mettere lo speculum nella vagina; ora può anche guardarsi dentro con lo specchio se non lo ha mai fatto prima.

Si passa poi a disinfettare la vagina e l'orificio esterno del collo dell'utero, prendendo le compresse di garza con la pinza di Bozeman.

Si fissa poi la pinza di Pozzi-Palmer introducendo una delle due estremità nell'orificio del collo dell'utero e l'altra si poggia sul collo dell'utero. Questa pinza serve per tenere fisso il collo stesso quando durante l'intervento tende a ritrarsi. Con la pinza è anche possibile distendere l'utero favorendo così l'aspirazione e permettendo l'intervento nel caso di alcune malformazioni dell'utero come l'utero laterale. Per fissare la pinza la donna deve fare un colpo di tosse; prima di usarla bisogna inoltre spiegare

che la pinza non fa male ma dà solo una sensazione di pressione sull'addome (è questo infatti l'unico strumento che fa paura). Del resto prima di questa, come prima di ogni altra operazione nel corso dell'intervento, bisogna spiegare alla donna che cosa si sta per fare e chiederle di dire ogni volta se è pronta per le operazioni successive. Ciò vale specialmente, come si vedrà, durante l'aspirazione vera e propria con la cannula.

Si comincia poi la dilatazione del collo dell'utero introducendo le sonde più piccole: con l'esperienza si imparerà a scegliere qual'è la sonda che deve essere usata per prima. Con la prima sonda si misura la grandezza dell'utero; una volta terminato l'aborto si misura di nuovo con la sonda più piccola per vedere se l'utero è diminuito di 2 o 3 cm.: questo è un segno che l'aborto è terminato e l'utero è ben contratto.

Si prosegue con le altre sonde fino alla più grande che ha un diametro leggermente più grande della cannula numero 8. Se tuttavia il collo dell'utero è molto contratto o molto piccolo ci si ferma ad una sonda più piccola; in questo caso si usa la cannula numero 6. Se è possibile è sempre meglio usare la numero 8 perchè con questa l'aspirazione è più veloce. Dopo l'ultima sonda si prende dunque la cannula con una delle due estremità collegata mediante un tubo flessibile e trasparente al boccale e si fa passare nel collo dell'utero. Prima di mettere in funzione l'aspiratore si fanno alcuni movimenti con la cannula, avanti e indietro, a destra e a sinistra: in questo modo si effettua il distacco del sacco amniotico dalle pareti e si facilita la successiva aspirazione.

Si mette ora in funzione l'aspiratore, mediante accensione se è elettrico; pompando se è una pompa di bicicletta, e si esegue l'aspirazione muovendo continuamente la cannula avanti e indietro e tutt'intorno a destra e a sinistra. E' questo l'unico vero momento doloroso del metodo ma non dura molto e il massimo dolore che si può sentire non supera quello delle mestruazioni dolorose. Durante l'aspirazione è molto utile per la donna respirare lentamente e profondamente come durante il parto. Se la donna soffre molto ci si può benissimo fermare e ricominciare quando lei vuole perchè non c'è fretta di terminare l'aspirazione: è meglio perdere del

tempo che far soffrire troppo la donna; se è la donna a guidare l'aspirazione e tutte le altre fasi dell'intervento dicendo quando fermarsi e quando ricominciare, essa sopporta il dolore come necessario e non come una violenza.

Durante l'aspirazione controllare che il flusso di materiale attraverso la cannula e il tubo fino al boccale non si arresti perchè può accadere che dei pezzetti di membrana ostruiscano i fori della cannula: in questo caso bisogna togliere la cannula dall'utero, eliminare i pezzi che ostruiscono il foro con una pinzetta e con la punta di una sonda o con una garza sterile e riprendere l'aspirazione. Se invece dei pezzetti di membrana ostruiscono il collo dello utero sporgendo dall'orificio esterno del collo bisogna usare per toglierli la pinza di Bozeman. Man mano che si procede con l'aspirazione l'utero si contrae attorno alla cannula e si sentono le pareti sempre più rugose da tutti i lati.

Quando muovendo la cannula tutto intorno non si sente da nessun lato una parete liscia e muovere la cannula diventa sempre più difficile fino ad essere quasi impossibile l'aborto è terminato. In ogni caso è bene, se si è usata la cannula numero 8, ripassare nell'utero con la numero 6, per eliminare qualche residuo placentare o membranoso ancora rimasto e permettere all'utero di contrarsi ancora di più.

A questo punto, tolta la cannula, si può misurare con la sonda più piccola se l'utero è diminuito di due o tre cm., segno che si è ben contratto e che l'aborto è finito.

Un altro segno che l'aborto è terminato è che non si ha alcun sanguinamento del collo dell'utero dopo che questo è stato pulito con delle compresse. Si toglie poi la Pinza di Pozzi-Palmer e non resta che disinfettare accuratamente il collo con compresse imbevute di betadina. Quando tutto è ben pulito si toglie lo speculum. La donna può rivestirsi mettendo un assorbente e riposare. Come ultima precauzione alcuni usano fare un'iniezione intramuscolare di metergina ma se non c'è sanguinamento è sufficiente far prendere subito alla donna 15 gocce di metergina.

Terminato l'aborto si versa il contenuto del boccale in un colino (passino) abbastanza grande e vi si fa scor-

rere sopra dell'acqua per eliminare i coaguli di sangue, si rimesta bene con le mani per cercare eventuali pezzetti di cartilagine che si distinguono dalla membrana e dalla placenta per essere duri al tatto e lucidi. La loro presenza è un segno che si è al di fuori delle 10 settimane e quindi c'è pericolo che vi sia qualche ritenzione placentare con rischio di emorragia e di dover ricorrere al raschiamento per terminare l'aborto. Si versano poi membrana e placenta nel boccale pieno di acqua e lo si fa vedere alla donna se vuole: in genere tutte le donne vogliono perchè ciò dà loro la certezza che l'aborto sia veramente riuscito. Inoltre vedendo che quello che le è stato tolto era ancora qualcosa di informe, può facilmente superare il senso di colpa che avrebbe sicuramente provato, anche se inconsciamente, con un aborto sotto anestesia, credendo trattarsi di una creatura vivente e autonoma, separata cioè dal suo corpo: quello che le è stato tolto era una parte del suo stesso corpo su cui soltanto lei ha pieno diritto.

La Chiesa stessa in tutta la sua lunga tradizione ammetteva l'aborto in base al concetto che se il feto era maschio acquistava una sua anima propria al terzo mese di vita intrauterina, se femmina solo al sesto mese; come i grandi teologi riuscissero a distinguere se il feto era maschio o femmina in modo da determinare fino a che epoca si potesse applicare l'aborto è ancora un mistero. Resta il fatto che lo stesso Concilio di Trento (1545-1563) *dava delle precise disposizioni stabilendo fino a quante settimane si potesse praticare. Solo nel* 1869 *Pio IX per ragioni politiche (necessità di incrementare le nascite per avere maggior forza lavoro per la nascente industria), condannò nell'enciclica Rerum Novarum l'aborto.*

COSA DEVE FARE LA DONNA DOPO L'ABORTO

Queste istruzioni vengono date alla donna quando ha terminato il suo aborto e si senta disposta ad ascoltarle. E' importante chiarire bene tutto, perchè lei sappia sia quello che deve fare, sia come si sentirà nei giorni che seguono l'intervento, senza doversi impressionare per delle manifestazioni del tutto normali.

PRIMI 5 GIORNI

— Prendere 15 gocce di methergin, 3 volte al giorno per 5 giorni; per la metergina molte farmacie richiedono la ricetta medica per cui sarebbe meglio che chi pratica l'aborto si procuri un certo quantitativo con lo stesso sistema delle altre medicine.

— Controllare mattina e sera la temperatura: fino a 38°-38,5° non ci sono problemi; sopra ai 38,5° c'è la possibilità che si sia verificata un'infezione o che sia rimasto un pezzetto di placenta o di membrana nell'utero. Anche per queste evenienze si raccomanderà alla donna di non preoccuparsi inutilmente ma di mettersi in contatto col gruppo.

Il sanguinamento che segue all'intervento corrisponde all'incirca alle mestruazioni, lo stesso per il dolore, ma può capitare che la donna non senta alcun fastidio fino al 4° GIORNO quando ha perdite di sangue coagulato (CRISI DEL 4° GIORNO), dolori, contrazioni in genere, tutto dovrebbe essere terminato il 5° giorno. Per il DOLORE si può prendere: i comuni antispastici, tipo *Buscopan* o *Spasmaplus.*

RH

Se l'RH della donna è negativo e quello del suo partner positivo o sconosciuto occorre fare ENTRO 72 ore (3 giorni) dopo l'aborto un'iniezione di Gamma-globuline anti-D (Rhogam della ORTO) o RHESUMAN BERNA meno costoso.

I 10 GIORNI SEGUENTI

Poichè il collo dell'utero è stato dilatato, occorrono una decina di giorni perchè esso ritorni normale; bisogna dunque evitare di introdurre nella vagina qualunque cosa che possa permettere ai microbi di risalire attraverso il collo dilatato e di crearvi un infezione. Per cui: niente bagni nè piscina (la doccia si può fare) niente lavande vaginali — non usare tampax (o altro tipo di assorbenti interni) ma solo comuni assorbenti esterni — attendere 10 giorni prima di avere di nuovo rapporti vaginali

con un mezzo contraccettivo! Si può avere tranquillamente ogni altro tipo di rapporto).

Per la pillola si consigliava fino ad alcuni mesi fa di prenderla il 5° giorno dopo l'aborto (in questo caso bisogna attendere altri 10 giorni prima di avere rapporti) per evitare di lasciare un periodo di tempo scoperto da contraccettivo; ora invece si preferisce farla prendere la sera stessa dell'aborto, tenuto conto che non vi è nessuna controindicazione medica.

COMPLICAZIONI

L'unica vera complicazione è rappresentata dall'emorragia. Questa in genere si verifica quando la gravidanza era di più di 10 settimane (di qui l'importanza di essere ben sicuri sul numero delle settimane). In questo caso la prima cosa da fare è una (due se occorre) fiala di metergina intramuscolare (meglio endovena) per arrestare l'emorragia grazie alla energica e pronta contrazione dell'utero. Sarebbe meglio usare del Syntocinon 5 U. (fiale per via endovenosa o intramuscolare) perchè con questo ormone naturale si ha la contrazione dell'utero ma il rilasciamento del collo (dell'utero): è facilitata così la espulsione di residui placentari. Se è possibile, una volta arrestata l'emorragia, bisogna cercare di finire l'aborto. Ciò è molto importante perchè solo al termine dell'aborto si ha un'energica contrazione spontanea dell'utero che arresta l'emorragia.

Quindi per prima cosa arrestare l'emorragia; se si è usato il Syntocinon 5 U. cercare di terminare l'aborto.

Se l'emorragia non si arresta subito e la perdita di sangue supera il 15% del volume totale si può avere shock emorragico, lieve fino al 20% di perdita di sangue, medio sopra al 20%, grave sopra al 35%. Sapendo che la massa sanguigna totale è circa l'8% del peso corporeo, *una donna di*:

Kg. 40 con l. 3,2 di sangue può perdere senza shock fino a ml. 480 - 640
Kg. 45 con l. 3,6 di sangue può perdere senza shock fino a ml. 540 - 720
Kg. 50 con l. 4 di sangue può perdere senza shock fino a ml. 600 - 800

Kg. 55 con l. 4,4 di sangue può perdere senza shock fino a ml. 660 - 880
Kg. 60 con l. 4,8 di sangue può perdere senza shock fino a ml. 720 - 960
Kg. 65 con l. 5,2 di sangue può perdere senza shock fino a l. 0,780 - 1,040
Kg. 70 con l. 5,6 di sangue può perdere senza shock fino a l. 0,840 - 1,120
Kg. 75 con l. 6 di sangue può perdere senza shock fino a l. 0,900 - 1,200
Kg. 80 con l. 6,4 di sangue può perdere senza shock fino a l. 0,960 - 1,280

Poichè nelle persone giovani o adulte il danno provocato dallo shock è prevalentemente a carico del rene, se si constata uno stato di shock (pelle pallida e fredda, respiro e polso rapidi, caduta della pressione) si può prevenire un eventuale danno renale con Idrocortisone (FLEBOCORTID) 4 o più fiale endovena lente. L'Idrocortisone in forti dosi alza la pressione sanguigna e ha una azione vasodilatatrice periferica, per cui il sangue torna a irrorare il rene, eliminando l'eventualità di un danno renale. L'uso dell'Idrocortisone va comunque limitato ai casi in cui chi pratica sappia accertarsi dello stato di shock avanzato. Tranne nei casi in cui l'emorragia sia stata prontamente arrestata e si sia potuto terminare l'aborto, un'emorragia sta a significare che si era fuori del limite delle settimane e dunque il metodo Karman non era applicabile: ci si deve rivolgere ad un ospedale per completare l'aborto con il raschiamento. Ciò pone come problema fondamentale per il gruppo che pratica, di essere in contatto con medici di un reparto ostetrico-ginecologico di un ospedale che si dichiarino disposti a praticare il raschiamento senza denunciare la donna e chi del gruppo l'accompagna. In genere quando una donna si presenta all'ospedale dopo aver tentato senza risultato di abortire, i medici provvedono al caso senza sporgere denuncia non tanto per solidarietà quanto per evitare storie, e a maggior ragione ciò dovrebbe valere col METODO KARMAN CHE NON LASCIA TRACCE SULL'APPARATO GENITALE FEMMINILE, ma potrebbe darsi il caso che un medico reazionario venga a sapere dalla donna il nome del gruppo che ha praticato l'aborto e sporga contro esso

denuncia. Questa precauzione vale solo per il periodo iniziale di clandestinità perchè una volta che tale metodo si fosse diffuso potrebbe assumere significato politico il dichiarare apertamente il nome del gruppo che lo ha praticato e anzi intervenire direttamente su medici reazionari sia dentro che fuori dell'ospedale così come accade in Francia dove compagni e compagne aderenti al MLAC tra cui studenti di medicina vanno negli ospedali, quando ad esempio una donna che ha tentato di abortire viene lasciata senza assistenza per svariati giorni, dal medico autoinvestitosi per l'occasione della funzione di giudice-censore della società capitalistica. Casi del genere come pure la pratica del raschiamento senza anestesia come «punizione» della donna colpevole, si sono verificati spesso anche in Italia con una analogia che dà alla cosa un preciso significato politico.

INFEZIONE

Spesso era già presente prima dell'aborto per cui è importante una volta introdotto lo speculum vedere lo stato del collo dell'utero e la secrezione vaginale: una zona fortemente arrossata tutto intorno all'orificio esterno e una copiosa secrezione vaginale sono segno di infezione che durante l'aborto può diffondersi all'interno dell'utero. In questo caso si dirà alla donna di prendere nei 10 giorni che seguono l'aborto due capsule ogni 6 ore di antibiotico (Ampicillina) come misura preventiva. Anche una ritenzione di sangue può essere causa di infezione. Prendendo ogni giorno, mattina e sera, la temperatura si può sapere se si sia verificata un'infezione, quando la temperatura supera i 38,5 C. Per esserne sicuri si effettua un semplice esame vaginale: si spinge con l'indice e il medio introdotti nella vagina fino ad arrivare fino al collo dell'utero in modo da muoverlo avanti e indietro, se c'è dolore c'è l'infezione.

MALFORMAZIONI UTERINE

Rientrano nelle complicazioni tutte quelle malformazioni in cui è possibile con semplici manovre arrivare con la cannula all'interno dell'utero ed eseguire l'aspirazione.

I casi più comuni sono quelli dell'utero retroverso e

dell'utero laterale.

Ricordare che in mancanza di una visita ginecologica che abbia dato tutte le notizie al riguardo, si può sapere la posizione dell'utero con un esame vaginale molto semplice. Tenendo presente che il fondo dell'utero è fissato al bacino mediante dei legamenti tirando con la pinza di PozziPalmer verso l'esterno si distende l'utero ed è possibile introdurre la cannula. Quindi in ogni caso in cui passato con la cannula il collo dell'utero non si riesca ad andare avanti, perchè l'utero è in posizione anomala, bisogna sempre tirare la pinza verso l'esterno e cercare di fare andare avanti la cannula. Le sonde infatti piegandosi si conformano a qualsiasi posizione (configurazione) possa avere l'utero. Quando si ritirano conservano la forma assunta nell'utero, ciò da una sicura e pratica indicazione sulla posizione dell'utero. La cannula invece pur potendo in teoria assumere la forma dell'utero non può svolgere la sua funzione.

Nell'utero retroflesso la pinza di Pozzi-Palmer va messa verso il basso; nell'utero laterale va messa lateralmente.

TETANIA

Contrazione spasmodica dei muscoli: si vede dalle dita delle mani che si contraggono e la donna non riesce ad aprirle; si elimina con un'iniezione di calcio, endovena.

CONTROINDICAZIONI

Possono essere stabilite solo dal ginecologo con una visita prima dell'intervento; in ogni caso possono bastare delle notizie purchè sufficientemente precise che la donna abbia ricevuto da un ginecologo in occasione di precedenti visite. Il gruppo imparerà comunque con l'esperienza a valutare da solo la situazione. In linea generale le controindicazioni per l'aborto sono:

Fibroma dell'utero.

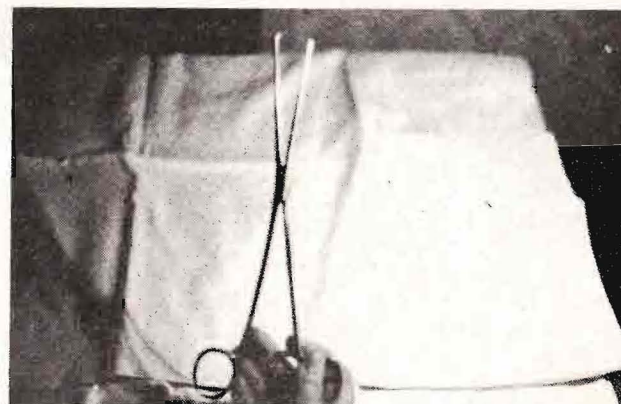
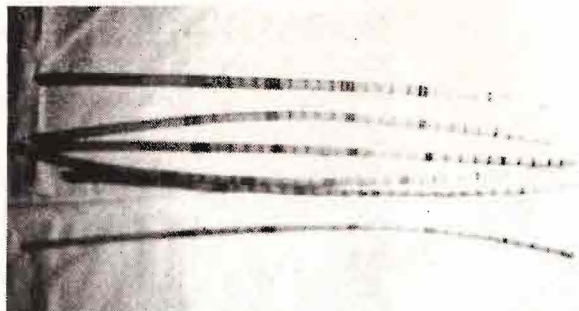
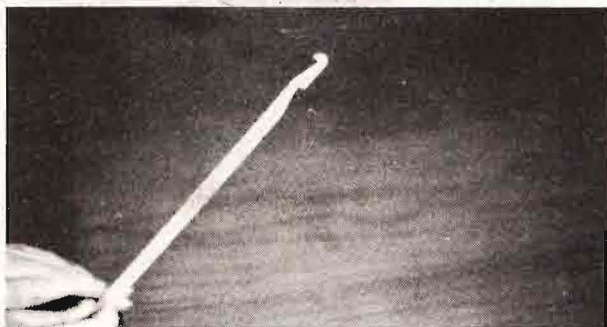
Gravidanze extrauterine sempre possibili; si possono individuare se premendo con una mano nella parte latero-inferiore dell'addome c'è dolore; la donna accusa

spesso in questi casi giramenti di testa.

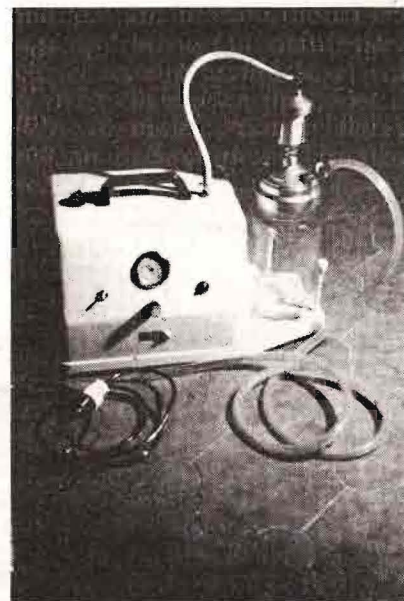
Malformazioni dell'utero che non permettono assolutamente l'introduzione della cannula piuttosto rare perchè in questi casi anche la fecondazione è difficile.

Utero infantile: è un utero più piccolo del normale, ma non costituisce un problema serio.

STRUMENTI NECESSARI PER APPLICARE IL METODO KARMAN

Speculum in plastica

Pinza di «Pozzi-Palmer»

Sonde di varie grandezze

Cannula

Speculum in plastica - Pinza di «Pozzi-Palmer» - Sonde di varie grandezze

Aspiratore elettrico

Attacco dell'aspiratore

TRE "STORIE D'A."

Queste sono tre storie di aborto eseguito col metodo Karman, in Italia, alla presenza di un medico ma NON da medici.

Ad effettuare gli interventi sono stati i primi nuclei di «praticanti» del metodo per aspirazione costituitisi in Italia. E' sempre un lavoro di gruppo; si fanno riunioni con le donne prima e dopo l'intervento, per spiegare esattamente come questo avviene, perchè lo facciamo, chi siamo, ecc. In queste riunioni inoltre le donne socializzano le loro esperienze, discutono insieme, prendono coscienza, cambiano atteggiamento nei confronti dell'aborto, non più vissuto come angoscioso problema «privato», e si crea molto spesso tra tutte, chi lo «esegue» e chi lo «subisce» una solidarietà e una collaborazione «tra donne». Gli interventi sono gratuiti, ogni donna alla fine dà, se può e se vuole un contributo per le spese e per la crescita dei nuclei, assolutamente libero e volontario.

Maria — 27 anni, vive ancora in famiglia, viene dalla provincia di una grande città.

Quando è venuta la prima volta da noi, accompagnata *SEMPRE* dal «fidanzato», abbiamo dovuto rimandare l'intervento. Si aggrappava a tutte, mentre tentavamo di spiegarle che non dipendeva da noi, ma dalla clandestinità a cui il regime ci costringe, dalle difficoltà esterne e non dalla nostra volontà. Lei assentiva ma solo PER FARCI PIACERE, per compiacenza, ma si vedeva che era solo piena d'angoscia per il suo problema personale. Sembrava inutile insistere dicendo «non è solo tuo, questo problema, è di tante donne, e nemmeno solo di quelle che sono qui con te, ma di milioni di donne...».

Si rifiutava di socializzare, cercava sempre di parlare con qualcuna di noi in privato, chiedeva «per favore, me lo potete fare, a me sola...». Noi rispondevamo che non potevamo, in quella occasione, farlo a nessuna del gruppo, ma che comunque non si poteva chiedere di farlo a lei sola, e poi lei non era neanche un caso particolare; che noi non eravamo un'agenzia e lei doveva cercare di capire e aiutarci ad aiutarla. Le abbiamo spiegato come avveniva l'intervento tre volte, e poi chiedeva «ma voi lo avete fatto, chi di voi ha abortito con questo metodo?» e non lo voleva sapere dalle altre donne, ma da *quelle del nucleo*. Si aggrappava al ragazzo. Il ragazzo la consolava «Su Maria, facciamo una cosa, lo diciamo ai tuoi e ci sposiamo». A queste parole lei si arrabbiava «Non voglio essere chiusa in casa a badare ai bambini, voglio vivere ancora un po', voglio essere libera...». E poi, contraddittoriamente, aggiungeva «se mi sposo dev'essere col velo bianco». Il giorno dell'intervento, si rifiutava di salire sul lettino. Il ginecologo, da cui precedentemente le avevamo chiesto di farsi visitare, l'aveva quasi cacciata fuori, perchè non voleva farsi visitare, aprire le gambe, e la cosa era finita in lacrime. Di fronte al rifiuto di salire sul tavolo, abbiamo pensato che non volesse veramente abortire. Ne abbiamo parlato ma stranamente su questo punto lei era decisissima e tranquillissima, senza problemi di coscienza. Alla fine sale sul lettino. Dramma per l'inserimento dello speculum, continuava a non voler allargare le gambe, non credeva assolutamente che non le avrebbe fatto male. Le proponiamo come dimostrazione, che una di noi si metta sul tavolo e si inserisca lo speculum... si convince, ma è talmente contratta che lo speculum non entra, o fuoriesce subito. Dopo mezz'ora di colloquio, di spiegazioni, si riesce a inserire o speculum. Il cambiamento avviene quando la donna che «pratica» le pinza l'utero. Infatti Maria era sconvolta dalla pinza, che è l'unico strumento appuntito e metallico, e non voleva assolutamente credere che non le avrebbe fatto male. Quando, una volta applicata al collo dell'utero, si accorge che non è stata lacerata dalla pinza, si rende conto che noi LE DICIAMO LA VERITA', che la informiamo di ciò che le accade. A questo punto modifica l'atteggiamento da martire, collabora un po', si guarda la vagina allo specchio, aiuta a spingere i dilatatori nel collo dell'utero, non si abbandona eccessivamente ai pochi momenti di dolore, come ci saremmo aspettate. E' tutta tranquillizzata, stupita, quando finisce. «E' andato via tutto?» chiede, ma si fida. Le chiediamo se vuole chiamare subito il ragazzo, risponde che lui può aspettare, che E' LEI CHE HA FATTO L'ABORTO. Parla con noi del fatto che non si vuole sposare, diciamo certo, comunque sei tu che devi decidere, non puoi sposarti solo perchè sei

incinta; lei è convintissima di questo. Dopo, ci telefona spesso. Incredibilmente dice «Voglio venire ad una riunione, voglio spiegare alle altre donne come è stato il mio aborto... non è vero quello che mi dicevano sulle femministe, ho trovato tanta solidarietà...». L'intervento di Maria ci ha preso una mattinata intera. Ma pensiamo ne sia valsa la pena.

Paola — Ha circa 25 anni, è sposata, ha un figlio, viene da una città del Sud.

E' timida, ma si fa coraggio: è la «politicizzata», la compagna. Sa quasi tutto di noi, collabora subito, fornisce informazioni precise, viene da sola. E' molto brava e gentile, propone da sè di essere l'ultima del gruppo a fare l'aspirazione, di aspettare tutte le altre. E' persino disposta a farsi filmare, anche se poi rinunciamo a farlo.

In fondo in fondo, però, è spaventata come le altre.

Si sente subito «dalla stessa parte della barricata» con noi, chiede informazioni sul nucleo, parliamo di politica. Il suo aborto è più difficile, si deve estrarre una membrana con la pinza, è un po' più lungo degli altri. Lei continua a parlare durante l'intervento, collabora molto, cerca di regolare la respirazione, insomma facilita a sè stessa e a noi le cose, in ogni modo. Ci racconta di aver avuto un parto molto difficile «Ho sofferto da cani, evidentemente sono io che... sono fatta male. In ospedale nessuno mi dava retta, mi lasciavano così, a star male da sola, mentre io cercavo di capire, di avere qualche informazione; non mi dicevano niente». Finisce l'intervento, tutto bene. Paola dice «non sapete quanto è stato importante per me farlo tra compagne, non è stato nulla in confronto al parto, ho sofferto pochissimo. E' stato così importante sapere sempre quello che mi accadeva. Bisogna crescere, creare tanti nuclei...» Rimane a chiacchierare un po', ripete quanto è importante il rapporto di partecipazione, di comunicazione, il calore umano durante l'intervento. Ci dà un contributo alto, cerchiamo di rifiutare, insiste: «ve lo voglio dare, per me E' UN CONTRIBUTO POLITICO».

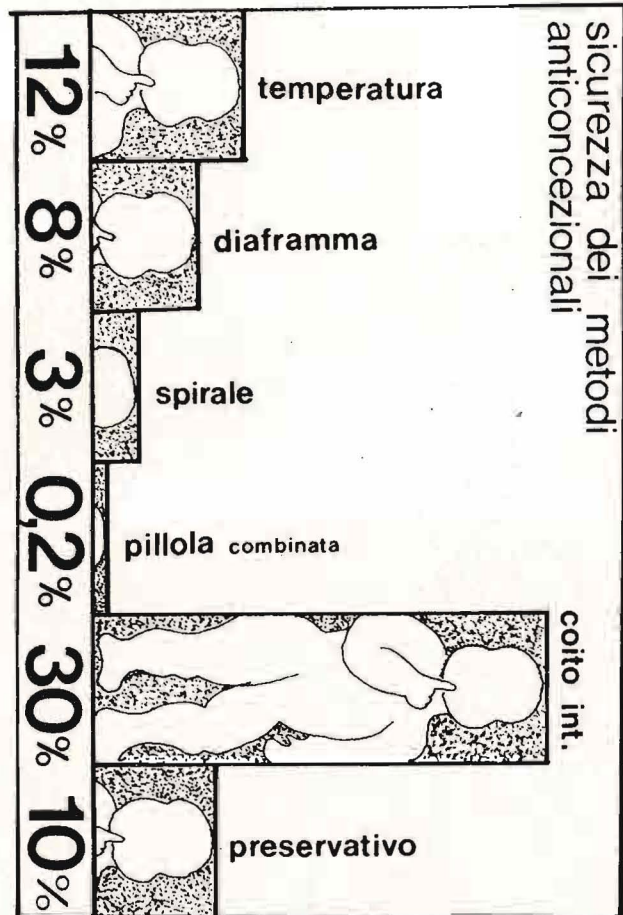
Dolores — Ha una ventina d'anni, anche lei viene dalla provincia di una grande città.

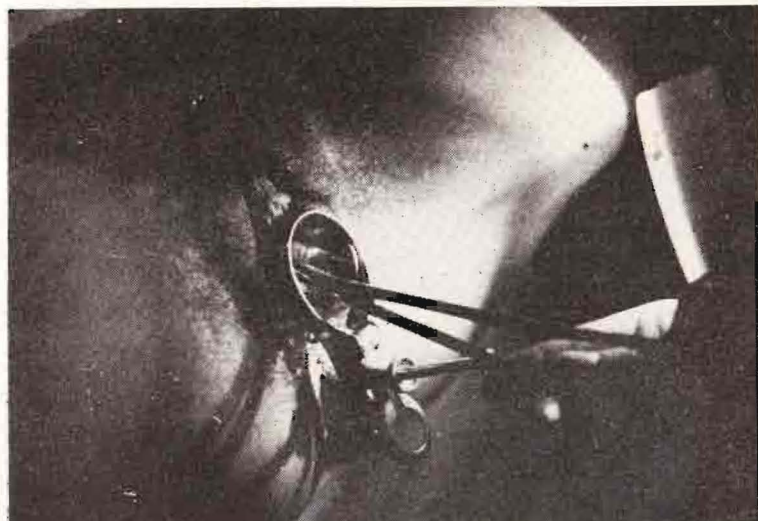
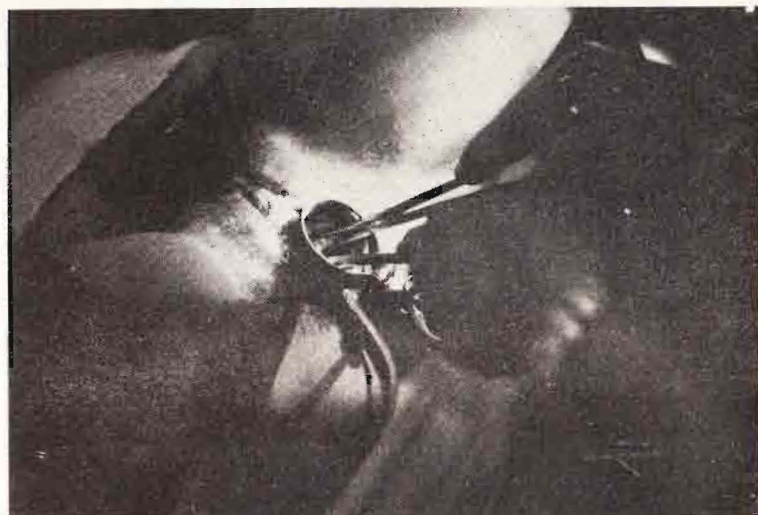
E' spauritissima, la più spaurita che abbiamo mai visto, forse. E' bianca in faccia, quasi trema, ha sempre accanto il suo ragazzo anche lei. Si sente, pensiamo, in una situazione, in un ambiente MOLTO LONTANO DAL SUO, estraneo. E' diffidente, comunque chiusa. Siamo in una casa privata, in una stanza ci sono le donne, alcune di noi, un medico; in un'altra si fa l'intervento vero e proprio. Nella prima stanza l'atmosfera è rilassante, si prende il tè, si parla di anticoncezionali, sessualità, di storie personali. La prima donna che fa l'aspirazione è molto in gamba, viene dal nord, proletaria con tre figli, non ha nessuna paura, infatti l'intervento è rapidissimo e indolore, lei scende subito dal lettino, un'iniezione e torna di là.

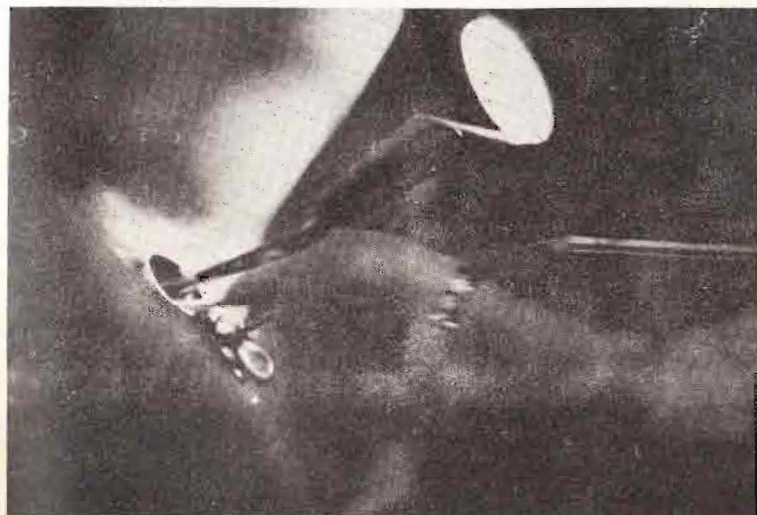
Dolores la guarda entrare a bocca aperta: «Ma non l'hai fatto?» non riesce a credere che la cosa possa essere così rapida e facile, si aspettava lamenti, gemiti, molto più tempo d'attesa prima di veder ricomparire la donna, e comunque non pensava che venisse con le sue gambe, ridendo e chiacchierando. Si scioglie gradualmente, si rivela sempre più simpatica e disponibile.

Quando è il suo turno chiediamo a Dolores se si sente più sicura col medico e se vuole che l'aspirazione la esegua lui; lei rifiuta e il medico è confinato su una poltrona più in là. Durante l'intervento c'è moltissima comunicazione; le gambe le tremano ancora, mentre una compagna gliele accarezza per farla distendere, ma lei ora è piena di confidenza. Parliamo, scherziamo, lei si guarda la vagina, ascolta le spiegazioni che le vengono fornite durante l'intervento (anche se le sono già state date prima, in una riunione con altre donne che avevano abortito con noi). Come sempre si cerca di far fare il più possibile alla donna (se può si introduce da sola lo speculum, porge le garze, si disinfetta esternamente; spinge i dilatatori, regola la respirazione, si guarda con lo specchio il collo dell'utero).

Il rapporto con Dolores è veramente di sorellanza; sdraiata su un divano, ad aspirazione eseguita, parliamo con molta intimità e confidenza. Torna per una riunione con altre che devono ancora abortire, per spiegare come è avvenuto il suo intervento, e anche in seguito, dopo mesi, ci telefona: ormai è un'amica.

DOCUMENTI / FOTO

FOTOGRAFIE DI UN ABORTO CON IL METODO KARMAN

I fase - Inserimento
dello Speculum

II fase - Inserimento della pinza «Pozzi-Palmer»

III fase - Introduzione della cannula

IV fase - cannula inserita

V fase - Aspirazione con siringa

ABORTIRE IN INGHILTERRA E' LEGALE

Questo documento è basato sull'esperienza diretta di donne che hanno avuto un'esperienza di aborto a Londra.

A Londra l'aborto è legale e si può effettuare senza limiti di età ed in perfette condizioni di sicurezza, con anestesia totale. Andare a Londra è molto semplice, basta:

1) Avere un Passaporto in ordine o una carta d'identità su cui NON sia scritto «non valido per l'espatrio».

2) Essere entro la ventiduesima settimana di gravidanza, contando i giorni dall'inizio dell'ultima mestruazione.

3) Andare in una qualsiasi agenzia di viaggi e chiedere possibilmente un volo IT (inclusive tour) la cui tariffa comprende: a) il biglietto andata-ritorno; b) tre notti in albergo; c) prima colazione. Attualmente il viaggio IT Roma-Londra costa circa Lire 86.000 con partenza Venerdì e ritorno Domenica, Lire 59.000 con partenza Domenica e ritorno Giovedì, Lire 65.000 con partenza Giovedì e ritorno Domenica. *Bisogna prendere un volo che parta la mattina presto, entro le* 9,30.

4) Telefonare alla clinica: London Private Nursing Home, 31/35 Langham Street. La Clinica è a poca distanza da Oxford Circus (centro di Londra). Il numero è 6378271 e il prefisso, usando la teleselezione, è 00441. Si può parlare italiano. Si chiede della Sig.na Edwig, che vi prenoterà il posto in clinica, avvertendola dell'ora del vostro arrivo e del numero del vostro volo.

5) Cambiare le Lire italiane necessarie, alla sede centrale di qualsiasi Banca: in ogni caso è sempre possibile cambiare a Londra, a un cambio un po' più sfavorevole.

Arrivate a Londra, all'aeroporto troverete il pullman dell'Albergo che vi porterà a destinazione. Dall'Albergo telefonate alla Clinica. Manderanno un Taxi che vi porterà là, dove conoscerete l'assistente sociale, femminista, che vi spiegherà tutto, in italiano, sull'intervento. Ascolterà ogni vostra remora e paura, vi aiuterà a compilare la vostra scheda medica, si adopererà in ogni modo perchè possiate subire l'intervento coscienti e serene. Per la legge inglese è necessario passare una notte in Inghilterra prima di aver diritto a questo servizio.

Da mezzanotte in poi non si deve nè mangiare nè bere per via dell'anestesia. L'indomani alle 8 un Taxi passerà per portarvi in Clinica. L'intervento verrà quindi eseguito da medici molto preparati ed in strutture che danno ogni possibile garanzia. In ogni momento sentirete una grande solidarietà e gentilezza. Dormirete la notte dello intervento in Clinica costantemente sotto controllo. La mattina dopo sarete dimesse; anche se vi sentirete perfettamente bene vi si consiglia di non strapazzarvi troppo in gite per Londra. Il solito pullman dell'albergo vi porterà da questo all'aeroporto per il volo di ritorno.

Fino alle dieci settimane l'aborto avviene col metodo Karman per aspirazione; da 10 a 14 settimane all'aspirazione segue un leggerissimo raschiamento; da 14 a 18 viene eseguito un raschiamento. Da 18 a 22 si effettua l'aborto per parto indotto tramite una iniezione di una soluzione di urea e prostaglandine. In tutti i casi l'anestesia è completa.

L'intervento fino alle 14 settimane costa 60 sterline, cioè circa 90.000 Lire. Da 14 a 18 settimane costa 100 sterline, cioè circa 150.000 Lire. Da 18 a 22 settimane costa 170 sterline, cioè 255.000 Lire.

In quest'ultimo caso, *attenzione*, si passano *due* notti in clinica e quindi serve il volo Giovedì-Domenica o Domenica-Giovedì. Tutti i prezzi includono i trasporti dallo Albergo alla Clinica.

AL VOSTRO RITORNO ANDATE:

a) per socializzare la vostra esperienza, parlare con altre donne, capire perchè e come è potuto avvenire che il vostro contraccettivo ha fallito e siete rimaste incinte: per prendere coscienza di quello che è l'aborto per noi donne; per spiegare alle altre donne come è avvenuto l'intervento, per chiedere con noi L'ABORTO LIBERO E GRATUITO: al MLD Movimento di Liberazione della Donna, Via di Torre Argentina 18 Tel. 6541732 o 6543371, o ad un gruppo femminista della vostra città.

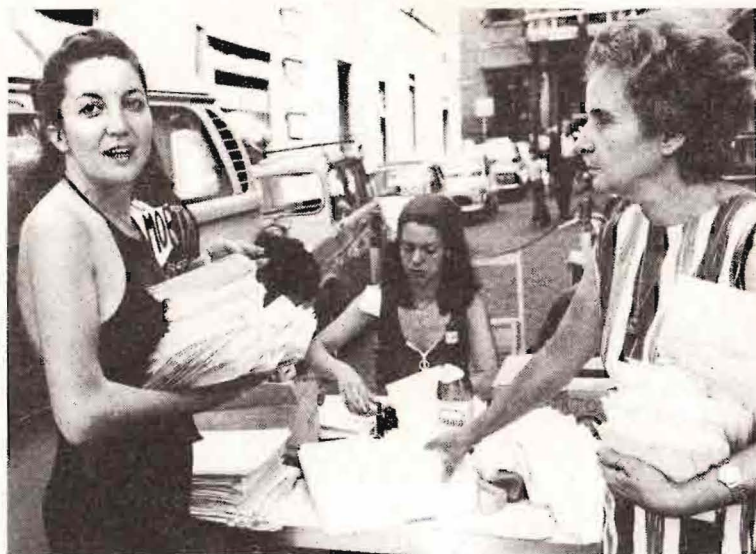
b) per controllare il vostro stato di salute dopo l'aborto: dal vostro ginecologo di fiducia (se non ne conoscete andate in un centro AED o AIED) al quale presenterete la vostra scheda di dimissione dalla Clinica sulla quale è descritto esattamente il tipo di intervento subìto.

c) per non dover più abortire, per usare un nuovo contraccettivo sicuro, che non vi dia fastidio: ai centri AED e AIED.

M. L. D.: LOTTA PER L'ABORTO / FOTO

26 gennaio 1975: Adele Faccio al Teatro Adriano, dove fra pochi minuti verrà arrestata *(F.to di P. RAVAGLI)*

24 Giugno 1974: MLD inizia il digiuno e raccoglie firme per anticipare la discussione in Parlamento della legge Fortuna sull'aborto *(F.to di D. Colombo)*

Giugno 1974: Manifestazione davanti al «Corriere della Sera» per sbloccare la censura della stampa «indipendente» sulle lotte in corso per l'aborto *(F.to di P. Petrini)*

5 luglio 1974: Sono state raccolte 15.000 firme in 2 settimane *(F.to di D. Colombo)*

COMUNICATO STAMPA

Roma 5 luglio

Con all'attivo circa 15.000 firme che portiamo oggi in Parlamento ai presidenti delle commissioni Sanità e Giustizia della Camera, on. Frasca (PSI) e Reale (PRI), raccolte in solo due settimane, le femministe del Movimento di Liberazione della Donna (MLD) e del Movimento Femminista Romano (MFR) terminano il digiuno in seguito alla disponibilità del PSI che ha dichiarato di farsi carico in sede parlamentare delle nostre richieste, per ottenere la fissazione dei tempi di discussione della legge e la nomina di relatori, alla Camera, della proposta di legge Fortuna sull'aborto.

INDIRIZZARIO SEDI M.L.D.

PIEMONTE

M.L.D. — tel. 011/538.565
Via Cernaia, 40 - 10123 TORINO

M.L.D.
Via Ferrero, 17/b - 13051 BIELLA (VC)

LIGURIA

M.L.D. — tel. 010/446.392
Via Vezzani, 42/b - 16159 GENOVA

LOMBARDIA

M.L.D. — tel. 02/581.203
C.so di Porta Vigentina, 15/a - 20122 MILANO

M.L.D.
c/o FGSI - Via S. Chiara, 1 - 25100 BRESCIA

M.L.D.
Via XX Settembre, 21 - 46100 MANTOVA

VENETO

M.L.D. — tel. 041/964.065 - 983.923
Via Felisati, 40 - 30171 VENEZIA MESTRE

M.L.D. — tel. 049/654.051
Via E. Filiberto, 6/a - 35100 PADOVA

M.L.D. — tel. 045/422.32
c/o Sandroni Giuliana
Via Sant'Alessio, 20 - 37100 VERONA

FRIULI - VENEZIA GIULIA

M.L.D.
Via S. Michele, 9 - 34124 TRIESTE

EMILIA ROMAGNA e MARCHE

M.L.D. — tel. 051/266.083 - 305.652
c/o Emilia De Besi - Via Battisti, 25 - 40123 BOLOGNA

TOSCANA - PROVINCIA LA SPEZIA - UMBRIA

M.L.D. — tel. 0187/31.760
c/o Circ. Ernesto Rossi
P.zza Caduti della Libertà, 21 - 19100 LA SPEZIA

M.L.D. — tel. 055/28.158
Via degli Alfani, 82 - 50123 FIRENZE

M.L.D.
Piazza S. Caterina, 3 - 56100 PISA

M.L.D. — tel. 075/30.471
c/o Centro Capitini - Via Vill. S. Livia, 10 - 06100 PERUGIA

LAZIO

M.L.D. - SEDE CENTRALE — tel. 06/654.3371 - 654.1732*
Via Torre Argentina, 18 - 00186 ROMA

CAMPANIA

M.L.D. — tel. 081/349.721
Via Port'Alba, 30 - 80100 NAPOLI

CALABRIA

M.L.D. — tel. 0984/26.828
c/o Astrolabio Calabrese
Casella Postale 4 - 87100 COSENZA

---

* *Per informazioni e indirizzi rivolgersi a questi numeri*

C.I.S.A. — CENTRO INFORMAZIONE STERILIZZAZIONE ABORTO *

L'aborto è una vistosa realtà sociale di fronte alla quale recriminazioni moralistiche o giuridiche sono inutili perchè superate dalla concreta attualità dei fatti.

E' in corso in questo momento nel mondo la lotta per la pianificazione delle nascite, che nei paesi anglosassoni viene condotta su tre fronti:

1 - Population planning

2 - Family planning

3 - Individual planning

Noi sosteniamo che l'autonomia e l'*autogestione individuale* sono l'unico spazio per la libertà di scelta della donna, la quale ha, da sola, l'insindacabile diritto e il dovere di chiarire a se stessa se può, vuole, è in grado di avere un figlio, dai punti di vista:

a - sanitario

b - psichico

c - economico.

Un figlio è un impegno sul piano fisico della salute della gestante e del nascituro; sul piano psicologico e morale della disponibilità affettiva e culturale durante la gravidanza e per un non breve periodo successivo; sul piano economico poi per una molto più lunga scadenza.

Di fronte ai due o tre milioni di aborti clandestini annui, vissuti nella paura e nell'angoscia, oltrechè nel disagio finanziario, e con grave pericolo di morte, la presa di coscienza del femminismo risponde con la costituzione del C.I.S.A. per affrontare, o per lo meno per impostare una possibile ricerca di soluzione del problema.

Naturalmente c'è tutto un aspetto politico della realtà che impone una richiesta universale e pressante: le femministe vogliono

L'aborto libero e gratuito e subito

---

* *Tratto dall'opuscolo del C.I.S.A.*

L'abrogazione delle norme del Codice Rocco sullo aborto e sulla sterilizzazione è impellente, ma per il momento conviene ancora cercare soluzioni immediate e contingenti. A questo scopo è nato il C.I.S.A. Centro Informazioni Sterilizzazione e Aborto.

CHE COSA E' IL C.I.S.A.?

E' il Centro Informazioni Sterilizzazione e Aborto. Ha sede a Milano in Corso di Porta Vigentina 15 A, telefono 58.12.03. Funziona tutti i giovedì dalle 15 alle 18 e dalle 21,30 alle 23.

Imposta e risolve problemi di tutte le donne che non possono, non vogliono e non sono in condizioni di avere figli.

Intendiamoci bene: *Noi facciamo gli aborti perchè siamo contro l'aborto.* Gli anticoncezionali (pillola, spirale, induzione di mestruazione, diaframma, ecc.) dovrebbero evitare di arrivare all'aborto. Ma finchè gli anticoncezionali non saranno debitamente diffusi, o quando per qualche motivo falliscono, ecco che allora interviene l'aborto come estremo rimedio.

E' VERO CHE L'ABORTO E' UNA VIOLENZA CONTRO LA DONNA?

Sì, è vero. Ma è anche vero che certe nascite non sono minore violenza contro i figli che nascerebbero, destinati a malattia, malformazione, disperazione, alienazione, disadattamento, pazzia, o contro la madre stessa che ha il diritto di non sentirsi disponibile per un figlio e il dovere di saperlo e di poterlo dichiarare chiaramente.

COME FA L'ABORTO IL C.I.SA.?

Per mezzo di medici che praticano l'aspirazione con la cannula Karman. Non è un atto chirurgico e non è un intervento operatorio micidiale per l'utero, come il raschiamento. E' un sistema meccanico con cui, per mezzo di una piccola canna e di una pompa aspirante, si aspira il contenuto dell'utero, ancora informe e grumoso, prima del terzo mese, cioè prima che l'ovulo fecondato si agganci alla parete dell'utero e inizi il ciclo morfologico, cioè prenda forma. Fino a quel momento l'ovulo fecondato non è vitale nè capace di vita.

QUANTO COSTA L'ABORTO AL C.I.S.A.?

Purtroppo ancora carissimo: 100.000 lire. Prezzo politico che i nostri medici accettano solo da noi. Poi ci sforziamo di intervenire noi ed anche con il loro aiuto riusciamo a farne alcuni gratuiti e parecchi a prezzo minore, ma è una lotta continua.

CHI FINANZIA IL C.I.S.A.?

Le nostre donne che fanno un'offerta libera e volontaria secondo le loro convinzioni e le loro possibilità. In questo senso, anzi, si crea una solidarietà meravigliosa fra le donne che prendono coscienza dell'ampiezza civile del problema e che si appoggiano e aiutano a vicenda e nell'occasione acquistano una dimensione nuova sui rapporti fra le donne, sull'oppressione che le donne vivono nella casa, nel lavoro, nella vita associativa e spesso scoprono la realtà della condizione femminile proprio nel momento della tensione umana e sociale creata dall'aborto. In questo senso il C.I.S.A. svolge anche una profonda azione di presa di coscienza femminile ed è il mezzo col quale si crea una nuova interrelazione fra le donne.

Chi si è servito del C.I.S.A. spesso e volentieri resta nel C.I.S.A., collabora col C.I.S.A. e continua la sua presa di coscienza politica e umana con il C.I.S.A. e con la sua associazione parallela, il C.L.A. (Collettivi per la Libertà d'Aborto).

COME PREPARARSI ALL'ABORTO

E' bene che la donna che dovrà abortire con la aspirazione Karman abbia libero l'ultimo tratto dell'intestino: quindi un clistere mediante una peretta di gomma (un quarto di litro di acqua bollita con un cucchiaino di olio e un poco di sapone neutro) è il mezzo ideale; meglio evitare il lassativo perchè può dare origine a contrazioni viscerali che, assommate a quelle uterine, possono aumentare i dolori di pancia.

Se l'intervento viene fatto in anestesia totale è necessario l'assoluto e rigoroso digiuno preventivo di cinque ore perchè spesso l'anestesia causa conati di vomito. Se l'intervento viene fatto in anestesia locale basta saltare il pasto immediatamente precedente all'aborto. Se l'intervento è fatto senza nessuna anestesia è molto importante l'impegno psicologico da parte dell'accompagnatore.

Bisogna spiegare bene che l'istintiva paura è naturale e giusta, si tratta di elementare autodifesa. Ma bisogna imparare a rilassarsi soprattutto evitando di essere contratte e irrigidite perchè questo blocca anche il collo dell'utero che è l'unico passaggio eventualmente doloroso. La cannula Karman viene immessa nella vagina attraverso lo «speculum» (che è come un apribocca) e di qui attraverso il collo dell'utero nello stesso utero, senza arrivare a toccare la parete. *L'unico punto critico* è appunto quello del passaggio attraverso detto «collo» che, specialmente in chi non ha mai avuto figli, è molto stretto. Spesso, invece, se la gravidanza è prossima ai tre mesi, occorre fare l'aspirazione attraverso una cannula di 14 mm. (quasi un centimetro e mezzo) di sezione e quindi si deve procedere a una dilatazione del collo dell'utero che viene eseguita per mezzo di una serie di cannule gradualmente crescenti fino alla misura giudicata indispensabile dalla esperienza del medico.

Se la donna è contratta questa dilatazione è dolorosa. Se, nonostante la paura, la donna resta rilassata, non avverte nessun dolore. In genere dopo l'intervento si ha un dolore diffuso del tipo di quello delle mestruazioni, che può durare da qualche minuto a mezz'ora, e una supposta di qualunque antidolorifico (spasmoplus o buscopan) è sufficiente a calmare eventuali spasmi e crampi.

L'ABORTO FATTO CON L'ASPIRAZIONE DURA IN MEDIA TRE MINUTI EFFETTIVI

Se l'anestesia totale è fatta con Epantol dura altrettanto, da tre a cinque minuti, al risveglio può eventualmente, ma non necessariamente, provocare qualche conato di vomito. In genere le donne sane e normali si riprendono in un quarto d'ora e dopo venti minuti urlano dalla fame e vanno di corsa a mangiare (si sconsigliano le bevande calde: tè, caffè o brodo, per almeno 24 ore).

Dopo l'intervento si possono mangiare specialmente cibi solidi e non caldi (consigliati il gelato e i succhi di frutta). E' bene tenere l'intestino molto pulito e controllato, sempre per clistere, per evitare le contrazioni viscerali.

E' sconsigliato il bagno per immersione (in vasca, in piscina, mare, lago o fiume) per almeno una settimana,

ma si deve fare la doccia, il bidet e anche lavarsi i capelli fin dal secondo giorno.

Per quanto riguarda il rapporto sessuale, non ci sono leggi. Ogni utero ha la sua reazione. La donna che desidera il rapporto è libera di averlo.

Quella che lo rifiuta ha il diritto al rifiuto perchè evidentemente non ha ancora l'utero perfettamente rilassato. Sola legge in proposito è la *libera volontà* della donna, anzi del suo apparato sessuale.

Per quanto riguarda le eventuali perdite, si possono avere piccole perdite lungo tutto il mese, sino alle prossime mestruazioni o qualche giorno di perdite abbondanti, o nulla affatto. Ogni utero ha il suo comportamento. Se le perdite raggiungono un livello eccezionale (oltre 10 assorbenti al giorno), è bene prendere del Methergyn.

Se la donna ha qualche linea di febbre (oltre 38 - 38,5), un normale e leggero antibiotico come l'Ampicil può aiutarla a ritornare nell'equilibrio normale.

Non c'è vera e propria emorragia se non si verificano entrambe queste condizioni, cioè temperatura oltre 38° e perdite tali da consumare 10 assorbenti al giorno.

Per circa 10/15 giorni bisogna ricordare che l'equilibrio ormonale resta ancora gravidico. Il test di gravidanza rimane ancora positivo perchè gli ormoni non sono ancora stati riassorbiti.

La mestruazione regolare riprende dopo 40/50 giorni.

Chi vuole subito iniziare l'uso della pillola anticoncezionale deve cominciarne l'uso dopo 5 giorni dall'aborto.

Alle consulenti si raccomanda di spingere l'uso della pillola per evitare ulteriori immediate e facili gravidanze.

PREPARAZIONE PSICOLOGICA

La nostra esperienza di circa 4.000 aborti eseguiti in un anno ci avverte che la sindrome dolorosa è strettamente legata alla psicologia della donna. La donna che è ben decisa a non volere il figlio non soffre per l'aborto, sia che venga fatto in anestesia, che no. La donna che accetta sollecitazioni dall'esterno, ma che nel suo intimo non è convinta, riesce a soffrire sempre, anche con l'anestesia totale.

E' quindi molto importante preparare bene le donne dal punto di vista psicologico.

PERCHE' SI ABORTISCE

1 - Per ragioni sanitarie: malattie della gestante, rosolia, diabete, epatite virale, gravi disturbi cardio-circolatori, esposizioni prolungate a radiazioni, prolassi uterini, uteri con fibromi, un numero eccessivo di figli e di aborti precedenti...

2 - Per ragioni psicologiche: e queste sono di vario tipo. Vanno dai casi limite della donna violentata o messa incinta con inganno o che venga informata troppo tardi di tare ereditarie della famiglia paterna, al rifiuto biologico di un figlio casuale, non voluto, non accettato, perchè non era accettato a livello razionale neppure il rapporto sessuale o per la sua casualità o per l'insoddisfazione a livello emotivo e razionale o per l'assurdità di certe circostanze determinanti.

In casi più normali la donna può giustamente non sentirsi disposta alla maternità o per l'età troppo immatura (una madre immatura può generare figli incapaci di maturazione) o, al contrario, per l'età troppo avanzata, o perchè la donna ha già troppi figli e non può essere affettivamente e spiritualmente disponibile per altri ancora. In questo caso anche i cattolici rispettano la stanchezza della donna e la fatica della madre e molte associazioni cattoliche sfruttano il C.I.S.A. in questo senso. Oppure anche perchè sentono di non volere avere figli dall'uomo con cui hanno avuto un rapporto anche se positivo.

3 - Per ragioni economiche: sono spesso le più dolorose e dure da accettare, ma non per questo sono meno valide. Pochi soldi e molti figli fanno l'infelicità di tutti: padre, madre ed eventuali figli precedenti. La facile immagine dei figli come benedizione si trasforma invece in una maledizione per i figli, che vengono abbandonati a se stessi e non trovano conforto e guida in una madre sfiancata dalle maternità e dalle fatiche fisiche dell'allevamento e di un padre ammazzato dal lavoro e dall'ansia di farcela. La retorica della grande famiglia felice è appunto retorica di classe.

La consulente C.I.S.A. individui con cura le motivazioni che mortificano la candidata all'aborto e vada alla scoperta di quelle che la confortano.

Spesso una donna umiliata dalla propria incapacità affettiva che non riesce ad ammettere si trincera dietro una difficoltà economica che però la mortifica. E' necessario aiutarla ad ammettere di non voler essere una «cattiva madre» e che è meglio essere una «cattiva madre» per un giorno solo e sulla propria pelle, che per tutta la vita e sulla pelle del figlio.

Per le ragazze è spesso traumatico l'aborto a conseguenza dell'abbandono dell'uomo che si rifiuta di farsi carico della situazione. Bisogna far loro capire che un uomo non diventa padre solo per il fatto automatico di aver fecondato l'ovulo di una donna. Un ovulo fecondato non è necessariamente una vita; non lo è per il padre e non lo è nemmeno per la madre.

E' una ipotesi di vita, una possibilità, anche una promessa, ma non una concretezza e non deve diventare una ineluttabile fatalità drammatica. I sentimenti sono fluidi e fluttuanti e non appartengono alla sfera del concreto finchè non si siano ancorati a fatti concreti. Se i fatti non si tramutano in volontà restano casuali e non determinanti, come l'intenzione di fare una cosa non è la realizzazione di detta cosa, qualunque essa sia.

Molto spesso è utile far riflettere la donna sulle possibilità negative per la vita del nascituro se le condizioni obiettive della sua esistenza si dovessero profilare troppo precarie, o anche sulle condizioni dell'intera famiglia preesistente, che spesso ha bisogno di essere difesa e protetta in quanto già reale e concreta. A volte è un atto di debolezza e di egoismo quello che viene considerato l'istinto naturale, è invece una decisione matura e responsabile quella che sceglie il bene in considerazione della realtà obiettiva.

IL TEMPO DELL'INTERVENTO

Bisogna fare attenzione al tempo dell'intervento: il periodo migliore è fra il 1° e il 2° mese di gravidanza; qualche settimana in più non fa danno; però bisogna cercare di non superare assolutamente le 12-14 settimane perchè altrimenti le cose si complicano. La dilatazione diventa dolorosa e difficile ed è più complessa tutta l'azione di aspirazione del materiale.

Dopo le 14 settimane (calcolate a partire dall'ulti-

ma mestruazione vista) è necessario andare in Inghilterra, dove vengono fatte parecchie aspirazioni successive, per cui è necessario il ricovero in clinica per almeno due giorni. E naturalmente crescono di parecchio i costi. Il C.I.S.A. dà indirizzi di cliniche inglesi consociate e a prezzi ragionevoli.

ELENCO DEI CONSULTORI A.I.E.D.

Aosta - Via Torino 7 - tel. 0165/32133 - dott. Giancarlo Torre - tutti i giorni dalle 15 alle 18.

Ascoli Piceno - Via dei Sabini 25 - tel. 0736/50457 - tutti i giorni (eccetto lunedì e sabato) dalle 18.30 alle 19.30.

Bari - Via Q. Sella 93 - tel. 080/411130 - mercoledì dalle 16 alle 20.

Bologna - Via Giambologna 4 - tel. 051/534355 - lunedì dalle 10 alle 12 - mercoledì e giovedì dalle 17 alle 19 - sabato dalle 16 alle 18.

Bolzano - Piazza delle Erbe 3 - tel. 0471/45970 - lunedì e venerdì dalle 10 alle 12 e mercoledì dalle 18 alle 20.

Brescia - Via Romanino 4 - tel. 030/392035 - martedì, mercoledì e giovedì dalle 18 alle 20.

Cagliari - Via Alagon 33 - tel. 070/666112 - lunedì e giovedì dalle 18.30 alle 20.

Cosenza - Corso Mazzini 73 - tel. 0984/23204 - tutti i giorni (escluso il sabato) dalle 16 alle 19.

Cantù - tel. 031/261474 - telefonare a Fulvia in orario d'ufficio.

Genova - Via XII Ottobre 10/1 - tel. 010/586881 - tutti i giorni (escluso il sabato) dalle 18 alle 20.

Mestre - Via L. Bissolati 5 - tel. 041/50857 - lunedì, mercoledì e sabato dalle 17.30 alle 19.30.

Milano - Via Mercalli 11 - tel. 02/580884 - tutti i giorni dalle 9.30 alle 12.30 e dalle 14.30 alle 20.

Napoli - Via Lepanto 24 - tel. 081/643580 - martedì, giovedì e venerdì dalle 16.30 alle 19.

Novara - Via D. Bello 7/A - tel. 0321/22773 - lunedì e giovedì dalle 17 alle 19 - sabato dalle 16 alle 17.

Padova - Casa della salute della donna - Galleria Trieste 6 scala A piano 3° - martedì dalle 15 alle 18.30 - giovedì dalle 17 alle 20 e venerdì dalle 15 alle 20.

Rieti - Via Garibaldi 121 - tel. 0746/750133 - mercoledì dalle 17 alle 20 - venerdì dalle 10.30 alle 13 e dalle 15 alle 18.

Roma - Sede centrale: Via Piave 41 - tel. 06/484559 - tutti i giorni dalle 10 alle 13 e dalle 16 alle 20, escluso il sabato pomeriggio.
Via Belisario 7 - tel. 06/484559 - tutti i giorni dalle 10 alle 13 e dalle 16 alle 20 escluso il sabato pomeriggio.
Via Toscana 30 - tel. 06/4751711-4755314 - tutti i giorni dalle 9.30 alle 13.30 e dalle 16 alle 20, escluso il sabato pomeriggio.

Salerno - Via Crispi 1/22 - tel. 089/390825-221002 - tutti i giorni dalle 16 alle 18.

San Severo - Via Sant'Angelo 27 - tel. 0882/24635-23578 - martedì e venerdì dalle 18 alle 19.

Verona - Volto S. Luca 4 - tel. 045/31664 - martedì e giovedì dalle 18 alle 20.

Vibo Valentia - Via D. Savio, Villa dei Gerani - tel. 0963/41481 - tutti i giorni dalle 15.30 alle 19.30 escluso il sabato.

CONSULTORI A.E.D.

Bergamo - Via Camozzi 95/D - tel. 035/244337.

Firenze - Via Spontini 73 - tel. 055/351457.

Lecco - c/o Tiziana Liguori - Via Belvedere 35 - tel. 0341/29318.

Livorno - c/o Carla Billeri - Via Felciaio 1 - Ardenza - tel. 0586/51215.

Milano - c/o Dr. Giulia Boiocchi - Via Mulino delle Armi 5 - tel. 02/8322008.

Pavia - c/o Marina Cinquini - Via Poma 18 - tel. 0382/41770.

Pisa - Via delle Colonne 1 - Borgo Stretto - giovedì dalle 16 alle 19.

Prato - Via S. Trinità 128 - lunedì, mercoledì e venerdì pomeriggio.

Centri C.I.S.A. sono in costituzione presso tutte le sedi del Partito Radicale in Italia.

LA MOZIONE POLITICA

Il II Congresso Nazionale del MLD, riunito a Roma nei giorni 11, 12, 13 aprile 1975, all'Hotel «Parco dei Principi»,

avendo preso in esame la condizione secolare di sfruttamento ed emarginazione di cui la donna è stato ed è tuttora, oggetto, e che consiste nell'approvazione della sua energia biologica, sessuale, psichica, intellettiva e lavorativa, con conseguente ruolizzazione forzata, da parte della società patriarcale (la cui espressione storica attuale è il capitalismo); oppressione che in Italia risulta ulteriormente aggravata dalla ingerenza del potere clericale nelle istituzioni e nelle strutture dello stato;

nella prospettiva della lotta non violenta per la costruzione alternativa e globale di una società di liberi e di uguali;

in solidarietà e in *comunanza* di lotta con tutti i gruppi oppressi sfruttati, ed emarginati;

valutando ed assumendo la metodologia non violenta come la propria peculiare forma di lotta, in quanto totalmente diversa e diversificante della strutturazione violenta dell'attuale società;

riafferma la propria volontà federativa, con il Pr. in quanto il movimento per la liberazione della donna, che ha un suo specifico e autonomo campo di lotta, rappresenta un momento storico del più generale movimento di lotta di tutti i gruppi oppressi per la loro liberazione (che siano essi oppressi per ragioni di classe, di razza, di sesso o di età) e di tutti gli emarginati e i diversi;

individua, al momento attuale nel Partito radicale il partito le cui finalità possono assicurare sbocchi politici e risonanza alle sue iniziative, e permettono di collegare queste ultime con altre lotte che, pur non riguardando direttamente la liberazione della donna, contribuiscono alla costruzione di una società laica, socialista e libertaria;

in base allo statuto *indice* nel Congresso Annuale il momento decisionale dal punto di vista politico del MLD;

propone, con mozione a parte, alcuni ritocchi allo statuto pur conservandone inalterata la struttura fondamentale;

riafferma la presenza di diritto di due membri delegati del MLD all'interno del Consiglio federativo del Pr nominati dal Consiglio federale del MLD.

Sul piano dell'individuazione delle lotte a breve e lunga scadenza, il MLD *appoggia nell'immediato:*

a) la proposta dei cinque referendum avanzata dal Pr, in quanto scorge nel codice Rocco il momento più vergognoso e aberrante del paleocapitalismo e la cerniera «legale» del regime clerico-fascista;

b) nel referendum abrogativo del reato d'aborto, in particolare, il MLD vede un momento storico particolarmente significativo della lotta delle donne, in quanto il referendum rappresenta uno strumento democratico di consultazione diretta e di autogestione non delegata da parte delle donne.

Il secondo Congresso del MLD:

denuncia a questo proposito il vergognoso e irresponsabile disinteresse di tutto il Parlamento italiano nei confronti del problema aborto che dimostra così ancora una volta di non rappresentare le donne che pur costituiscono il 52 per cento dell'elettorato italiano.

Ritiene colpevole e ingiustificabile qualsiasi ulteriore slittamento dei tempi del dibattito parlamentare sulle proposte di legge sull'aborto.

Esige dai parlamentari della sinistra, responsabili del rinvio della discussione, e che a parole affermano il loro impegno nella lotta per l'aborto, che d'ora in avanti avvenga direttamente in sede deliberante e non referente.

Dichiara di impegnarsi nei prossimi tre mesi a fondo nel referendum abrogativo del reato d'aborto ritenendo che debba costituire un momento unificante di forza e un salto qualitativo per il movimento delle donne.

Lancia un appello a tutte le donne perchè si impegnino direttamente nella raccolta di firme utilizzando le loro e nostre case-prigioni trasformandole in sedi di comitati e di lotta per la raccolta delle firme, così come nelle fabbriche, negli uffici, nelle scuole e scendendo nelle strade e nelle piazze, nei quartieri per organizzare l'iniziativa e fare, ovunque il regime patriarcale tenta di relegarci un luogo di propaganda e di alternativa.

A tale proposito *indice* una giornata nazionale per l'aborto libero, assistito e gratuito, demandando alla segreteria l'organizzazione regionale entro un mese. Sul problema delle autodenuncie, e delle recenti manovre di regime per colpire in varie città italiane le donne che si sono autodenunciate, il MLD *si impegna* a fare di ogni eventuale processo un grande processo politico nella certezza che ogni processo per reato o concorso in reato di aborto è vincente in partenza grazie alla mobilitazione militante, e che l'autodenuncia rappresenta un'arma non violenta importantissima per la conquista dei diritti civili.

c) in questo momento storico, che è un momento di conquiste politiche e di crescita del movimento, si riserva di individuare e appoggiare pubblicamente, in caso di campagna elettorale, le candidate dei partiti di sinistra che abbiano dimostrato un concreto impegno a favore della lotta delle donne a partire dal preciso impegno per la liberalizzazione dell'aborto;

d) *s'impegna* in un programma di lotta per ottenere l'approvazione del progetto di iniziativa popolare di scioglimento degli enti assistenziali ed ecclesiastici e dell'Onmi con proposta di passaggio immediato alle regioni;

e) *si impegna* altresì per la creazione di un centro pilota (da far seguire al più presto da altri) di medicina alternativa gestito dalle donne. La concezione alternativa della medicina, partendo da un'analisi accurata della corporalità femminile, è destinata ad allargarsi successivamente fino ad investire tutta la configurazione del «personaggio» sociale del malato e del suo rapporto con il proprio corpo e con il corpo degli altri, nonchè la intera gestione della sanità e della salute (self-help, cliniche alternative delle donne, ecc.);

f) *propone* una forte battaglia di pressione sulla Rai-Tv per ottenere l'esercizio del diritto di accesso all'informazione sulle lotte delle donne, sui loro reali problemi, sugli obiettivi politici perseguiti dal loro movimento di liberazione, per ottenere un adeguato numero di trasmissioni da questi gestiti;

g) *ribadisce* la propria partecipazione all'organizzazione e alla gestione del congresso sulla sessualità che si terrà a Napoli nei giorni 25, 26 e 27 aprile;

h) come ipotesi di lavoro di controinformazione, *propone* la pubblicazione di un notiziario. Infine il MLD individua come ipotesi di lotta per il prossimo anno e a più lunga scadenza;

i) la *socializzazione* degli emarginati (vecchi, bambini, malati) ora demandati alle cure «ad azienda famigliare» che pesa esclusivamente e si regge sulle spalle delle donne. Dobbiamo la socializzazione permanente degli emarginati, evitando il rischio della ghettizzazione e inserendoli nella struttura sociale, ambientale e politica in cui vivono individuando forme di esistenza alternativa alla struttura patriarcale e non cellulare. A questo proposito il congresso *indice* un convegno autunnale con data da stabilirsi per rendere specifiche a questo ed altri temi di lotta del movimento;

l) all'interno di questa lotta e nello specifico, *l'appoggio* all'ipotesi di socializzazione permanente delle carceri femminili, veri e propri lager, la lotta per l'abolizione dei manicomi criminali e per la laicizzazione del personale di custodia;

m) un impegno preciso per il radicale cambiamento della economia capitalistica, individuando nel consumismo uno dei meccanismi fondamentali di riproduzione e conservazione del potere borghese e una valvola di sicurezza del potere patriarcale in quanto ripropone la mistica della femminilità, come donne ci rifiutiamo di sottoporci alla strumentalizzazione del prodotto di mercato (cosmesi, moda, casa, oggetti). Questo impegno per il cambiamento fa parte dell'individuazione globale e del «recupero» della cultura femminista, che già sin da ora si potrebbe a buon diritto chiamare umanesimo femminista.

N.B. — Questa mozione è stata votata all'unanimità.

PROGETTO DI LEGGE DI INIZIATIVA POPOLARE

ART. 1 — Il titolo X del libro II del Codice Penale (dei delitti contro l'integrità e la sanità della stirpe, art. 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 554, 555) è abrogato.

E' altresì abrogata integralmente nell'art. 2 del D.L. 31 maggio 1946 n. 561 la frase «ovvero che divulgano mezzi rivolti a procurare l'aborto o illustrano l'impiego di essi o danno indicazioni sul modo di procurarseli o contengano inserzioni o corrispondenza sui mezzi predetti».

ART. 2 — Chiunque somministra ad una donna non consenziente mezzi diretti a provocarne l'aborto, o comunque commette su di lei atti diretti a tale scopo, è punito, se l'aborto non è conseguito, o se dal fatto non deriva una malattia grave, con la reclusione da tre a cinque anni.

Qualora conseguano l'aborto o una malattia grave o la morte della donna, si applicano le pene previste dagli Artt. 583, prima e seconda parte e 584 c.p. Le stesse pene si applicano se la donna per infermità di mente o per età minore degli anni 14 è incapace di intendere e di volere o se il consenso è estorto con minaccia o frode.

ART. 3 — Chiunque al di fuori dei casi di cui all'Art. precedente, abusando della patria potestà, della qualità di coniuge o dei poteri a lui derivanti dalla convivenza o dall'affidamento di una minore, della qualità di datore di lavoro o di ministro del culto, esercitando su di una donna incinta minacce o suggestioni, la induce a sottoporsi a pratiche abortive, è punito, ove il fatto non sia previsto dalla Legge come più grave reato, con la reclusione fino a due anni.

ART. 4 — Quando il reato di cui all'Art 384 c.p. (abusivo esercizio di una professione) sia commesso con il compimento di pratiche o con somministrazione di sostanze con il fine dello aborto, la pena è della reclusione fino a 18 mesi. Alla stessa pena soggiace chi senza necessità induca una donna a valersi, al fine del conseguimento dell'aborto, dell'opera di chi non sia abilitato all'esercizio della professione sanitaria.

La pena è aumentata se il fatto è commesso in danno di una minore.

Nota: Questo articolo ovviamente oggi sarebbe modificato. Comunque tre anni fa, quando fu steso il testo di questa proposta di legge, l'esperienza di «auto-assistenza» e lo stesso metodo Karman ci erano sconosciuti.

ART. 5 — Chiunque, esercitando abusivamente la professione sanitaria con pratiche o somministrazioni di sostanze dirette a conseguire l'aborto, provoca taluno degli eventi previsti dagli Artt. 589 e 590 c.p., diversi dall'aborto, è punito con le pene detentive previste rispettivamente nei suddetti articoli, aumentate di un terzo.

ART. 6 — Chiunque, con violenza o minaccia o con abuso della qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio o di ministro del culto o di datore di lavoro impedisce ad una donna di praticare l'aborto, è punito ove il fatto non costituisca più grave reato, con la reclusione fino ad un anno. La pena è aumentata se il fatto è commesso da sanitario o da chi gestisca una casa di cura.

ART. 7 — Gli ospedali, le cliniche, le case di cura gestite da enti pubblici o che ricevano sovvenzioni pubbliche o che siano convenzionate con enti pubblici previdenziali o mutualistici, che abbiano reparti di ostetricia, ginecologia, maternità o che comunque compiano prestazioni o che accettino ricoveri per tale settore, debbono assicurare anche il servizio sanitario per l'aborto volontario o per la consulenza circa ogni mezzo anticoncezionale.

I medici condotti non possono rifiutare le loro prestazioni per il conseguimento dell'aborto e per la consulenza sui mezzi anticoncezionali di qualsiasi tipo.

ART. 8 — Le lettere B e F dell'art. 103 del R.D. 27-7-1934 n. 1265 non sono abrogate.

INDICE

«...L'ABORTO DEVE ESSERE CONCORDATO LIBERAMENTE FRA LA DONNA E IL SUO MEDICO E DEVE ESSERE LIBERO E GRATUITO.
Bisogna battersi in questo senso.
Solo con queste avvertenze la donna potrà incominciare a crearsi una alternativa costruttiva che le permetta di raggiungere una autonomia sufficiente e necessaria a gettare le basi per la sua autogestione e per la libertà della sua evoluzione personale di individuo libero e cosciente».

Dalla prefazione di Adele Faccio

ADELE FACCIO - DUE PAROLE SUL M.L.D. / INTRODUZIONE DI EUGENIA ROCCELLA / M.L.D.: LA LOTTA PER L'ABORTO / GLI ANTICONCEZIONALI / VOCABOLARIETTO / IL METODO KARMAN / STRUMENTI NECESSARI PER APPLICARE IL METODO KARMAN / TRE «STORIE DI A.» / FOTOGRAFIE DI UN ABORTO CON IL METODO KARMAN / ABORTIRE IN INGHILTERRA E' LEGALE / M.L.D.: LA LOTTA PER L'ABORTO - FOTO / C.I.S.A. - CENTRO INFORMAZIONE STERILIZZAZIONE ABORTO / ELENCO CONSULTORI AIED E AED / MOZIONE POLITICA DEL II CONGRESSO NAZIONALE DEL M.L.D. / PROGETTO DI LEGGE DI INIZIATIVA POPOLARE / INDIRIZZARIO SEDI M.L.D.

L. 1.500
(1415)